Die rechtlichen Beziehungen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zueinander gemäß den §§ 1501—1517 RVO. v. 19. 7. 1911 (§§ 25, 26 GewUVG. v. 30. 6. 1900).

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

bei der Juristischen Fakultät der Universität Leipzig

eingereicht von

ACAD.
LUGD. BAT.
BIBL.

Heinrich Treplin
Assessor in Leipzig.

Druck von Robert Noske, Borna-Leipzig
Großbetrieb für Dissertationsdruck
1915.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Einleitung.

§ 1. 1. Früheres und jetziges Recht 1
§ 2. 2. Allgemeiner Überblick 7

Erstes Kapitel.

Die Voraussetzungen für das rechtswirksame Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen.

§ 3. Einheit des Leistungsgrundes 10
§ 4. Identität des aus den Ansprüchen gegen die Versicherungsträger Berechtigten 12
§ 5. Gleichzeitigkeit der Ansprüche gegen die Versicherungsträger 15
§ 6. Gleichartigkeit der Leistungen 18
§ 7. Die Voraussetzungen für ein rechtswirksames Zusammentreffen des Sterbegelds und der Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3 21

Zweites Kapitel.

Das Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen und seine rechtlichen Wirkungen.

§ 8. Das frühere Recht 23
§ 9. Das Rechtsverhältnis zwischen den Versicherungsträgern und dem Berechtigten 26
§ 10. Das Rechtsverhältnis der Versicherungsträger zueinander 30

Drittes Kapitel.

§ 11. **Die berufsgenossenschaftlichen Rechte auf Übernahme des Heilverfahrens und Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse** 36
§ 12. Anhang: Vergleichung mit dem Privatversicherungsrecht 44

Viertes Kapitel.

Die Höhe des Ersatzes.

§ 13. Allgemeine Grundsätze 49
§ 14. Die Berechnung im Falle der Krankenkassenleistung 52
§ 15. Die Berechnung im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft 58
§ 16. Die Berechnung der Ersatzleistungen in den Fällen der §§ 1513 und 1514 61

Fünftes Kapitel.

Das Verfahren bei der Feststellung der Ersatzansprüche und der Leistungspflicht der Versicherungsträger.

§ 17. Das Verfahren unter den Versicherungsträgern 63
§ 18. Das Verfahren vor den Versicherungsbehörden 69

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545814_0003

Literaturverzeichnis.

Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts. Berlin. (zit.: A. N., RekE. = Rekursentscheidung, RevE. = Revisionsentscheidung.)

Anlagen zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung. 1. Teil: Begründung. (Drucksachen des Reichstags 12. Legislaturperiode II. Session 1909/1910.) (zit.: Begr.)

Die Arbeiterversorgung, Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche. Organ des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, herausgegeben von Dr. J. Troschel. Großlichterfelde. (zit.: ArbVers.)

Begründung des Entwurfs eines Gesetzes betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze. Berlin 1900.

Bericht der Reichstagskommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung. 1911. (zit.: KommBer.)

Cosack, Lehrbuch des deutschen bürgerlichen Rechts auf der Grundlage des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Bd. 1. 4. Aufl. Jena 1903.

Denkschrift, beigegeben den ersten Gesetzentwürfen eines Gesetzes über die Unfallversicherung der Arbeiter und eines Gesetzes zur Regelung der obligatorischen Krankenversicherung der Arbeiter. (Drucksachen des Reichstags 1882 Nr. 14 u. 19.)

Düttmann, Appelius, Brunn, v. Frankenberg, Lange, Meinel, Saucke, Seelmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. Altenburg (S.-A.) 1912.

Ehrenberg, Versicherungsrecht. Systematisches Handbuch der deutschen Rechtswissenschaft von Binding Abt. 3 Teil 4 Bd. 1. Leipzig 1893. (zit.: Ehrenberg, Handb.)

Ehrenberg, Doppelversicherung. In Ehrenzweigs Assekuranz-Jahrbuch Jahrg. 16 S. 3 ff. Wien 1895. (zit.: Ehrenberg, Doppelversicherung.)

Ehrenberg, Versicherungswert und Schadensersatz nach dem Handelsgesetzbuch und dem Entwurf eines Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Reichstagsvorlage). In der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, herausgegeben vom Deutschen Verein für Versicherungswissenschaft, Bd. 6 S. 369 ff. Berlin 1906. (zit.: Ehrenberg, Versicherungswert.)

Ehrenberg, Das „Interesse" im Versicherungsrecht. In „Festgabe der Leipziger Juristenfakultät für Dr. Rudolph Sohm zum 8. Juli 1914". München und Leipzig 1915. (zit.: Ehrenberg, Interesse.)

Entscheidungen des Preußischen Oberverwaltungsgerichts. Berlin. (zit.: E. d. PrOVG.)

Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen. Leipzig. (zit.: RGZ.)

Entscheidungen des Sächsischen Oberverwaltungsgerichts. Dresden. (zit.: E. d. SächsOVG.)

Esters, Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. In den „Abhandlungen aus dem Staats-, Verwaltungs- und Völkerrecht", herausgegeben von Zorn und Stier-Somlo, Bd. 4 Heft 2 S. 1. Diss. Tübingen 1908.

Festner, Die Ersatzansprüche der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften auf Grund der §§ 25, 26 GewUVG. v. 30. 6. 1900. Diss. Borna-Leipzig 1909.

Gerhard, Hagen, v. Knebel-Doeberitz, Broecker, Manes, Kommentar zum deutschen Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag. Berlin 1908.

Handbuch der Unfallversicherung, herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Bd. 1. Leipzig 1909.

Hanow, Hoffmann, Lehmann, Moesle, Rabeling, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung. 2. Aufl. Berlin 1912.

Kaskel-Sitzler, Grundriß des sozialen Versicherungsrechts. Berlin 1912.

Laß, Olshausen, Weymann, Erläuterung zur Reichsversicherungsordnung. 2. Aufl. Berlin 1913.

Manes, Mentzel, Schulz, Die Reichsversicherungsordnung. Handausgabe mit gemeinverständlichen Erläuterungen. Leipzig 1912.

Olshausen, Die Ansprüche der Armenverbände auf Grund der Unfallversicherungsgesetze. Im „Verwaltungsarchiv", Zeitschrift für Verwaltungsrecht und Verwaltungsgerichtsbarkeit Bd. 15 S. 159. Berlin W. 8 1907.

Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags. 5. Legislaturperiode II. Session 1882—1883 Bd. 5 Anlagen S. 203.

v. Woedke-Caspar, Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz. 5. Aufl. Berlin 1901.

Einleitung.

§ 1.

1. Früheres und jetziges Recht.

Als Hauptgründe für den Eintritt des Versicherungsfalles sind in der Krankenversicherung Krankheit des Versicherten ohne Rücksicht auf deren Art oder der Tod der versicherten Person (§ 179), in der Unfallversicherung die durch Unfall eingetretene Körperverletzung oder Tötung des Versicherten (§ 555) und in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen eingetretene dauernde Invalidität, die Vollendung des 70. Lebensjahres oder der Tod der versicherten Person (§§ 1252, 1255, 1257) aufgestellt. Die meisten dieser Gründe stehen insofern im Zusammenhang, als sie eine Einwirkung auf den Organismus des Versicherten bilden, durch die seine natürlichen Lebensäußerungen gestört oder aufgehoben werden. Der Zusammenhang zwischen den Versicherungsgründen bringt es mit sich, daß die drei Versicherungszweige in wechselreiche Beziehungen treten können.

Was zunächst das Rechtsverhältnis zwischen der Krankenversicherung einerseits und der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung andererseits anbetrifft, so entstehen Beziehungen zwischen den Trägern dieser Versicherungen dann, wenn die Versicherungsanstalt zur Abwendung der infolge einer Erkrankung drohenden Invalidität ein Heilverfahren eintreten läßt (§§ 1518 ff.). Sie hat dann dem Kranken die gesetz- oder satzungsmäßigen Leistungen seiner Krankenkasse zu gewähren oder die Fürsorge für den Kranken der Krankenkasse in einem ihr passend erscheinenden Umfang zu übertragen. Im ersteren Falle hat die Krankenkasse mit Rücksicht darauf, daß die Versicherungsanstalt Krankenkassenleistungen gewährt hat, soweit der Kranke von der Kasse nach Gesetz oder

Satzung Krankengeld zu beanspruchen hätte, Ersatz zu leisten; sie kann dagegen ihrerseits von der Versicherungsanstalt Ersatz beanspruchen, insoweit sie infolge der Übertragung des Heilverfahrens über ihre gesetzliche oder satzungsgemäße Verpflichtung hinaus geleistet hat oder sofern sie für eine Zeit geleistet hat, für welche sie zu Leistungen nicht mehr verpflichtet war.

Zwischen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung einerseits und der Unfallversicherung andererseits ergeben sich Rechtsbeziehungen in dem Falle, daß Invalidität oder Tod Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist (§§ 1522 ff.). Wird in diesem Falle der Antrag auf Zahlung von Invaliden- oder Hinterbliebenenrente gestellt, so besteht eine Verpflichtung der Versicherungsanstalt zur Zahlung, solange die Unfallrente nicht gewährt wird, und wenn dies der Fall ist, soweit die Invaliden- oder Hinterbliebenenrente die Unfallrente übersteigt. Mit Rücksicht darauf, daß die Unfallversicherung in erster Linie für die Folgen des Unfalls einzutreten hat, kann die Versicherungsanstalt, wenn sie für eine Zeit gezahlt hat, für die der Empfänger einen Anspruch auf Unfallrente hatte, als Ersatz die Unfallrente beanspruchen, soweit die Rente, die sie gewährt, nicht höher ist. Aus dem gleichen Grunde hat die Berufsgenossenschaft der Versicherungsanstalt Ersatz zu leisten für die Kosten des Heilverfahrens, das die Versicherungsanstalt mit Anfang der 14. Woche nach dem Unfall, dem Zeitpunkt des Beginns der berufsgenossenschaftlichen Leistungsverpflichtung, gewährt, wenn sie dadurch Verpflichtungen enthoben wird, die ihr ohne Gewährung des Heilverfahrens erwachsen wären. Es macht hierbei keinen Unterschied, ob durch das Heilverfahren der Eintritt der Invalidität verhindert oder die schon vorhandene Invalidität beseitigt wird, oder ob ohnedies die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten zum Vorteil der Berufsgenossenschaft verringert wird.

Die Rechtsbeziehungen, die im früheren Recht zumeist Gegenstand von Rechtsauseinandersetzungen waren und im heutigen Recht am ausführlichsten behandelt sind, sind die zwischen der Kranken- und Unfallversicherung bestehenden Beziehungen. Sie gründen sich darauf, daß der Versicherte durch einen entschädigungspflichtigen Betriebsunfall eine Körperverletzung erlitten hat, — also

durch einen Unfall krank geworden ist — oder durch einen Betriebsunfall getötet ist.

Die vorliegende Abhandlung wird sich mit der Erörterung eines Teils der Rechtsbeziehungen befassen, die zwischen der Kranken- und der Unfallversicherung,[1]) und zwar der Krankenkasse und der Berufsgenossenschaft bestehen. Diese Beziehungen beruhen auf dem Hauptgrundsatz, nach welchem die Krankenkasse auch dann zur Leistung verpflichtet bleibt, wenn die Berufsgenossenschaft leisten muß. Dies ist bei dem Tode des Unfallverletzten — beide Versicherungsträger haben das Sterbegeld zu zahlen — und dann der Fall, wenn die Krankheit oder Erwerbsunfähigkeit des Unfallverletzten länger als 13 Wochen nach dem Unfall, dem Zeitpunkt des Beginns der wegen Krankheit oder Erwerbsunfähigkeit zu gewährenden Leistungen der Berufsgenossenschaft, andauert oder erst nach dem Ablauf dieser 13 Wochen sich ergibt. Dieses Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen der Versicherungsträger bewirkt, daß die Krankenkasse im Verhältnis der Versicherungsträger zueinander im Falle ihrer Leistung gegenüber der Berufsgenossenschaft einen Ersatzanspruch aus der Unfallentschädigung hat, und zwar gründet sich dies auf die Art der Verpflichtung beider Versicherungsträger: während die Berufsgenossenschaft primär zur Leistung verpflichtet ist, ist die Leistung der Krankenkasse nur subsidiärer Art.

Dies sind die ersten grundlegenden Bestimmungen des heutigen, in der deutschen Reichsversicherungsordnung v. 19. 7. 1911 enthaltenen Rechts über die Beziehungen zwischen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft.[2]) Sie stimmen überein mit den Grundbestimmungen des früheren Rechts, soweit es in dem Reichsunfallversicherungsgesetz v. 30. 6. 1900 enthalten ist.[3]) Was das

---

[1]) Andere Rechtsbeziehungen zwischen der Kranken- und Unfallversicherung sind insbesondere diejenigen, die durch die Gewährung des sogen. Unfallzuschusses begründet werden. In den sie betreffenden Rechtssätzen ist der Krankenkasse die Verpflichtung auferlegt, dem Unfallverletzten außer den Leistungen, zu deren Gewährung sie unabhängig von dem Unfall verpflichtet ist, unter Vorbehalt des Ersatzes noch einen Zuschuß wegen des Unfalls zu gewähren (§§ 573—579 ff.).

[2]) s. § 1501.

[3]) s. § 25 GewUVG. v. 30. 6. 1900.

erste Reichsunfallversicherungsgesetz v. 6. 7. 1884 anbetrifft, so enthielt diesem gegenüber das Gesetz v. 30. 6. 1900 den durchgreifenden Unterschied, daß die leistende Krankenkasse nicht durch den Ersatz aus der Unfallentschädigung, sondern dadurch entschädigt wurde, daß auf sie der Anspruch des Berechtigten gegenüber der Berufsgenossenschaft bis zu dem Betrage der geleisteten Unterstützung überging.[1])

Nur die Grundbestimmungen des heutigen Rechts, nicht die einzelnen aus diesen Bestimmungen sich ergebenden weiteren Vorschriften stimmen mit den in dem Gesetz v. 30. 6. 1900 enthaltenen Recht überein. Diese weisen, wie wir bei der Betrachtung der einzelnen Bestimmungen sehen werden, gegenüber dem früheren Recht erhebliche Änderungen und Ergänzungen auf. Die Neuregelung des Arbeiterversicherungsrechts hatte sich auch auf dem Gebiete der Rechtsbeziehungen zwischen den Versicherungsträgern als dringend notwendig erwiesen. Das frühere Recht war zu eng begrenzt, um den Bedürfnissen des modernen Versicherungslebens, die sich infolge der veränderten Zeitverhältnisse herausgestellt hatten, gerecht zu werden; auch war es lückenhaft und unübersichtlich geordnet.

So mangelte es der Krankenkasse an einem Ersatzanspruch, wenn sie einen infolge Unfalls krank aber nicht erwerbsunfähig gewordenen Versicherten nach Ablauf von 13 Wochen nach dem Unfall unterstützte, da nach der wörtlichen Auslegung des Gesetzes nur ein Ersatz aus der zur Deckung der Erwerbsunfähigkeit bestimmten Unfallrente gestattet war; die Frage, inwieweit die Krankenkasse zu leisten habe, wenn die Berufsgenossenschaft nach Beginn der 14. Woche vorleistet, war überhaupt offen geblieben, und hinsichtlich der Berechnung der Ersatzleistung hatte das Gesetz es nicht deutlich zum Ausdruck gebracht, in welcher Höhe die Krankenkasse wegen ihres Ersatzanspruchs auf die zur Verfügung stehenden Renten zugreifen könne. Besonders erschwert war auch die Geltendmachung der Ansprüche aus den früheren Bestimmungen, da im Streitfalle die Instanzen für die verschiedenen Ansprüche nicht die gleichen waren, ferner auch eine festbestimmte Abgrenzung

[1]) s. § 8 GewUVG. v. 6. 7. 1884.

zwischen der Zuständigkeit dieser verschiedenen Behörden nicht bestand. Das neue Recht hat versucht, diese Lücken auszufüllen und die Unebenheiten des bisherigen Rechts auszugleichen. Wenn auch die Zeit, innerhalb welcher die Reichsversicherungsordnung sich in Geltung befindet, noch zu kurz ist, um ein abschließendes Urteil über die praktische Bedeutung der die Rechtsbeziehungen zwischen den Versicherungsträgern regelnden Rechtssätze fällen zu können, so darf doch der Hoffnung Ausdruck gegeben werden, daß sich das neue Recht in der Praxis besser bewähren möchte als das alte.

Die für das frühere Recht in der Hauptsache in Betracht kommenden Gesetze sind die Reichsunfallversicherungsgesetze v. 6. 7. 1884 und 30. 6. 1900 in der Fassung der Bekanntmachung v. 5. 7. 1900 sowie das Krankenversicherungsgesetz in der Fassung v. 25. 5. 1903 und das Invalidenversicherungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung v. 13. 7. 1899.

Der Wortlaut der die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft regelnden Hauptvorschrift[1]) des früheren Rechts, auf die des öfteren zurückgegriffen werden wird, war folgender:

„Die Verpflichtung der eingeschriebenen Hilfskassen sowie der sonstigen Kranken-, Sterbe-, Invaliden- und anderen Unterstützungskassen, den von Unfällen betroffenen Arbeitern und Betriebsbeamten sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen Unterstützungen zu gewähren, sowie die Verpflichtung von Gemeinden oder Armenverbänden zur Unterstützung hilfsbedürftiger Personen wird durch dieses Gesetz nicht berührt.

Wenn auf Grund solcher Verpflichtung Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet werden, für welchen den Unterstützten nach Maßgabe dieses Gesetzes ein Entschädigungsanspruch zustand oder noch zusteht, so ist hierfür den die Unterstützung gewährenden Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden durch Überweisung von Rentenbeträgen Ersatz zu leisten.

In Fällen dieser Art gilt für die unter das Krankenversicherungsgesetz fallenden Kassen als Ersatz der in § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KrankVG.

---

[1]) § 25 UVG. v. 30. 6. 1900.

bezeichneten Leistungen die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes dieser Kassen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

Ist die von Kassen, Gemeinden oder Armenverbänden geleistete Unterstützung eine vorübergehende, so können als Ersatz höchstens 3 Monatsbeiträge der Rente, und zwar mit nicht mehr als der Hälfte in Anspruch genommen werden.

Ist die Unterstützung eine fortlaufende, so kann als Ersatz, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt besteht, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage die fortlaufende Überweisung der vollen Rente, im übrigen die fortlaufende Überweisung von höchstens der halben Rente beansprucht werden".

Das heutige Recht ist in dem 5. Buche der Reichsversicherungsordnung, und zwar in dem 1. Abschnitt dieses Buches behandelt. Es werden dort die Voraussetzungen für ein Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen der Krankenkasse und Berufsgenossenschaft und die Wirkungen eines solchen Zusammentreffens (§§ 1501, 1505, 1510 und 1511), die Fälle der Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft (§ 1513) und der Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse (§ 1514) geregelt. Die §§ 1502—1504, 1506, 1507 handeln von der Höhe des Ersatzes, der § 1508 von der zeitlichen Geltendmachung des Ersatzanspruchs, und die §§ 1509, 1512 und 1515—1517 von den diese Rechtsbeziehungen betreffenden Verfahrensvorschriften.

In der vorliegenden Abhandlung wird neben dem heutigen Recht auch das frühere Recht, soweit es von diesem in wesentlichen Punkten abweicht, erörtert werden, und zwar soll auf die abweichenden Bestimmungen des alten Rechts unmittelbar bei der Erörterung der einzelnen Bestimmungen des heutigen Rechts hingewiesen werden. Nur soweit von den Wirkungen des Zusammentreffens der Leistungsverpflichtungen der Versicherungsträger die Rede ist, werden zur Wahrung der Übersichtlichkeit die verschiedenen Theorien des früheren Rechts in einem besonderen Paragraphen erörtert.

§ 2.

2. Allgemeiner Überblick.

Bei der Erörterung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft ist, wie schon im vorhergehenden Paragraphen erwähnt, von dem Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen der Versicherungsträger auszugehen, das bei dem Tode des Unfallverletzten — hinsichtlich der Zahlung des Sterbegelds — und in den Fällen sich ergibt, in denen die Krankheit oder Erwerbsunfähigkeit des Unfallverletzten über die 14. Woche nach dem Unfall andauert oder erst mit oder nach Beginn der 14. Woche entsteht (§§ 558, 1501).

Dieses Zusammentreffen hat Wirkungen verschiedener Art, je nachdem sie sich im Verhältnis der Versicherungsträger zu dem Berechtigten oder im Verhältnis der Versicherungsträger zueinander ergeben.

Die Wirkung des Zusammentreffens im Verhältnis der Versicherungsträger zu dem Berechtigten ist die Entstehung eines Anspruchs des Berechtigten auf doppelte Entschädigung. Durch diese grundsätzliche — aber nur subsidiäre — Verpflichtung der Krankenkasse neben der Berufsgenossenschaft, die den Anspruch auf Doppelleistung zur Folge hat, wird bezweckt, den Berechtigten vor einem möglicherweise eintretenden Ausfall der berufsgenossenschaftlichen Leistungen zu schützen, ohne daß ihm tatsächlich eine doppelte Entschädigung zuteil wird. Der Eintritt dieser doppelten Entschädigung wird, soweit sie ungerechtfertigt ist, durch die Verwirklichung der Rechte vermieden, deren Entstehung sich aus dem Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen als dessen Wirkung im Verhältnis der Versicherungsträger zueinander ergibt. Es sind dies die Krankenkassenrechte auf Ersatz und auf Anrechnung. Sie dienen in erster Linie dazu, der Krankenkasse im Falle der von ihr aushilfsweise gewährten Leistung Ersatz aus der Unfallentschädigung zu verschaffen und sie im Falle der Leistung der Berufsgenossenschaft durch Anrechnung dieser Leistung auf die Krankenkassenleistung in Höhe des Ersatzanspruchs von ihrer Leistung zu befreien. Durch die Verwirklichung dieser Rechte wird es aber

zugleich erreicht, daß dem Berechtigten in der Hauptsache eine Entschädigung nur einmal zuteil wird.

Außer den beiden Krankenkassenrechten auf Ersatz und Anrechnung sind es noch zwei andere Rechte, durch deren Verwirklichung einer doppelten Leistung entgegengetreten wird, nämlich durch die berufsgenossenschaftlichen Rechte der Übernahme des Heilverfahrens (§ 1513) und der Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse (§ 1514). Dieser Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit des Anspruchs auf Doppelleistung und den Rechten der §§ 1513 u. 1514 rechtfertigt es, wenn diese Rechte in der vorliegenden Abhandlung einer Erörterung unterzogen werden.

Zum Verständnis für ein rechtswirksames Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen, d. h. ein solches, das als Wirkung die Entstehung des Doppelanspruchs, des Ersatzanspruchs und des Rechts auf Anrechnung (§ 1510) hat, ist eine besondere Erörterung der für dieses Zusammentreffen erforderlichen hauptsächlichsten Voraussetzungen notwendig. Als solche kommen in Betracht die für das Zusammentreffen wesentlichen Merkmale der Einheit des Leistungsgrundes, der Identität des Berechtigten, der Gleichzeitigkeit der Verpflichtungen und ferner die Gleichartigkeit der Leistungen. In der vorliegenden Abhandlung werden nur die Voraussetzungen des näheren erörtert werden, die hinsichtlich des Ersatzanspruchs bestehen. Was den Doppelanspruch betrifft, so wird sich bei der späteren Betrachtung von selbst ergeben, daß für seine Entstehung dieselben Voraussetzungen vorhanden sein müssen wie für die Entstehung des Ersatzanspruchs. Im wesentlichen das gleiche gilt für das der Krankenkasse im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft zustehende Anrechnungsrecht. Es ergibt sich dies aus der Vorschrift des § 1510, nach der das Recht auf Anrechnung nur insoweit gewährt wird, als für die Krankenkasse im Falle des § 1501 wegen der Krankenkassenleistungen ein Ersatz aus der Unfallentschädigung begründet wäre.

In der Literatur des früheren Rechts wurde mehrfach die Ansicht vertreten, daß es zur Überweisung der Unfallrente, die der Krankenkasse als Ersatz dienen solle, noch einer Voraussetzung bedürfe, die sich unter den heutigen Voraussetzungen nicht wieder-

findet und die mit diesen auch keinerlei Berührungspunkte aufweist. Es ist die Zustimmung des Berechtigten zur Überweisung der Unfallrente.[1]) Die Notwendigkeit dieser Zustimmung wurde in einem Urteil des Preußischen Oberverwaltungsgerichts[2]) dargetan unter der Begründung, daß das Verfügungsrecht des Versicherten über die Unfallrente sich als Prinzip aus dem § 96 UVG. ergebe, nach welchem die Übertragung und Verpfändung der Ansprüche aus dem Unfallversicherungsgesetz nur insoweit rechtliche Wirkung habe, als sie zur Deckung von Forderungen (unter anderen) der nach § 25 ersatzberechtigten Kassen erfolge. Ferner führte man zum Nachweis für das Bestehen dieser Voraussetzung an, daß der Versicherte sonst durch Verwirklichung des Ersatzanspruchs „schutzlos der Willkür von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften preisgegeben sei".

Die entgegengesetzte Meinung suchte die Ansicht des Oberverwaltungsgerichts damit zu widerlegen, daß sich aus den angeführten in Betracht kommenden Worten des § 96 gerade die Möglichkeit der Übertagung der Rente ohne Zustimmung des Versicherten ergebe, da mit ihnen zum Ausdruck gebracht sei, daß die Übertragung nur (also allein) rechtliche Wirkung habe, wenn sie zur Deckung von Forderungen der ersatzberechtigten Kassen erfolge; daß aber der Versicherte der Willkür von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften schutzlos preisgegeben sei, träfe keineswegs zu, weil der Ersatzanspruch ja an das Vorliegen der in § 25 aufgestellten Voraussetzungen gebunden sei und außerdem der Verletzte sich für den Fall, daß ohne das Vorliegen dieser Erfordernisse die Rente übertragen würde, im Wege des Verwaltungsstreitverfahrens wehren könne (§ 26 Abs. 2 UVG.).

Das heutige Recht hat die Voraussetzung der Zustimmung des Berechtigten als ein unnötiges Erfordernis abgelehnt.

---

[1]) Esters S. 76.

[2]) E. d. PrOVG. v. 22. 1. 1903 Bd. 42 S. 352.

Erstes Kapitel.

Die Voraussetzungen für das rechtswirksame Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen.

§ 3.

Einheit des Leistungsgrundes.

Einheit des Leistungsgrundes[1]) ist dann gegeben, wenn ein und dieselbe Tatsache für eine Mehrheit von Verpflichteten den Grund zur Leistung bildet. Diese Einheit muß hinsichtlich der Leistungsverpflichtungen der Krankenkasse und Berufsgenossenschaft vorliegen, damit sich ein Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen ergibt, das im Falle der Leistung durch die Krankenkasse die Entstehung eines Anspruchs der Krankenkasse auf Ersatz für die gewährte Leistung zur Folge hat. Dies ist dann der Fall, wenn der Unfall einer gegen Krankheit und Unfall versicherten Person sowohl die Ursache für die von der Krankenkasse zu gewährenden Unterstützungen als für die von der Berufsgenossenschaft zu gewährenden Leistungen ist. Neben dem Unfall können aber noch andere Ursachen für die Unterstützungen der Krankenkasse vorliegen, ohne daß hierdurch der Voraussetzung der Einheit des Leistungsgrundes das Charakteristische verloren ginge; es muß jedoch der Unfall unter diesen mehreren Ursachen für die Unterstützung der Krankenkasse eine erheblich ins Gewicht fallende Ursache sein.[2]) Als Beispiel hierfür möge der Fall dienen, daß der Versicherte schon vor Eintritt des Unfalls die Krankenpflege seiner Krankenkasse wegen einer Venenerkrankung am Beine genießt und durch den Betriebsunfall (Quetschung an dem erkrankten Bein) das Leiden für eine länger als 13 Wochen dauernde Zeit einen

[1]) Begr. S. 443; Düttmann § 1501 Anm. 7; Hanow § 1501 Anm. 9; Manes S. 293 Nr. 1.

[2]) s. Begr. S. 443.

höheren Grad annimmt. Hier kommen als Ursachen für die von der Krankenkasse zu gewährenden Unterstützungen sowohl die schon bestehende Erkrankung als die durch den Betriebsunfall erlittene Quetschung in Betracht; der Unfall ist für die Leistungen der Krankenkasse wesentlich bestimmend, da durch diesen die Krankenkasse zu erhöhten Leistungen veranlaßt wird.

Eine größere praktische Bedeutung als für die Entstehung des Ersatzanspruchs hat die Einheit des Leistungsgrundes für seine Verwirklichung. Es kann nämlich der Ersatz nur aus den Leistungen der Berufsgenossenschaft genommen werden, die, wie oben dargelegt, als Ursache den gleichen Unfall wie die Krankenkassenleistungen haben. Die Einheit liegt z. B. nicht vor hinsichtlich der von der Krankenkasse dem Berechtigten gewährten Unterstützungen und den Leistungen, die diese Person von der Berufsgenossenschaft auf Grund eines anderen, nicht die Leistungen der Krankenkasse begründenden Unfalls[1]) oder auf Grund einer Hinterbliebenenrente erhält, die ihr wegen des infolge eines Betriebsunfalls erfolgten Todes ihres Ehemannes zusteht.[2]) In diesen Fällen würde daher die Krankenkasse ihren Ersatzanspruch nicht dadurch verwirklichen können, daß sie sich an die wegen des anderen Unfalls zu gewährende Rente oder an die Hinterbliebenenrente hält.

Die den Ersatzanspruch regelnden Vorschriften des früheren Rechts (§ 25 UVG. v. 30. 6. 1900) ließen es zweifelhaft erscheinen, ob nach ihnen die Einheit des Leistungsgrundes für den Ersatzanspruch vorausgesetzt würde.[3]) Der Ersatzanspruch stand den leistenden Krankenkassen nach § 8 Satz 2 UVG. v. 6. 7. 1884 zu: „soweit sie auf Grund solcher Verpflichtung" — es wurde auf den vorhergehenden Satz Bezug genommen — „Unterstützungen gewährt hatten, in Fällen, in welchen dem Unterstützten nach Maßgabe dieses Gesetzes ein Entschädigungsanspruch" und nach § 25 Abs. 2 UVG. v. 30. 6. 1900: „wenn sie auf Grund solcher Verpflichtung" — es wurde auf den vorhergehenden Absatz Bezug genommen — „Unterstützungen für einen Zeitraum geleistet hatten, für welchen den

---

[1]) ArbVers. 1908 S. 193 (E. d. BayVGH. v. 22. 4. 1907).
[2]) Düttmann § 1501 Anm. 13 b.
[3]) Esters S. 62.

Unterstützten nach Maßgabe dieses Gesetzes ein Entschädigungsanspruch zustand oder noch zusteht". Diese etwas dehnbare Fassung verleitete vielfach zu der Ansicht, daß die Voraussetzung der Einheit des Leistungsgrundes nicht verlangt werde. Die herrschende Lehre entnahm dieses Erfordernis aber in erster Linie aus dem den angeführten Bestimmungen der §§ 8 u. 25 vorhergehenden Satz bezw. Absatz desselben Paragraphen, nach welchem die Leistungsverpflichtungen der Krankenkasse durch das Unfallversicherungsgesetz nicht berührt werden sollten. Sie legte diese Vorschrift nämlich dahin aus, daß, wenn auch die Berufsgenossenschaft für die Folgen eines Unfalls aufkäme, trotzdem die Verpflichtung der Krankenkasse für die Folgen desselben Unfalls einzustehen, bestehen bleibe und es sich demnach nur um Leistungen handeln könne, die auf denselben Unfall zurückzuführen seien wie die Leistungen der Berufsgenossenschaft; sie folgerte hieraus, daß die Verpflichtung, auf Grund deren nach Satz 2 des § 8 bezw. Abs. 2 des § 25 die Krankenkasse Unterstützungen zu gewähren hatte, auch nur als eine solche aufgefaßt werden könne, deren Grund der Unfall sei, der auch die Leistungen der Berufsgenossenschaft begründe, da nach dem Satz 2 bezw. Abs. 2 mit dieser Verpflichtung die des Satz 1 bezw. Abs. 1 gemeint sei.

Die Reichsversicherungsordnung hat gegenüber dem bisherigen Recht in einwandfreier Fassung die Voraussetzung der Einheit des Leistungsgrundes aufgestellt, indem dort[1]) der Ersatzanspruch der leistenden Krankenkasse gegenüber der Berufsgenossenschaft ausdrücklich an die Voraussetzung geknüpft wird, daß die Krankenkasse infolge eines Unfalls für eine Zeit leistet, für die der Berechtigte infolge des Unfalls auch einen Anspruch auf Unfallentschädigung hatte oder noch hat (§ 1501 Abs. 2).

§ 4.

Identität des aus den Ansprüchen gegen beide Versicherungsträger Berechtigten.

Eine weitere Voraussetzung für ein rechtswirksames Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen der Krankenkassen und

[1]) Hinsichtlich des Sterbegelds vgl. § 7 d. Abh.

Berufsgenossenschaften ist die auch dem alten Recht bekannte Identität der Person[1]) (§ 1501). Nach ihr wird für ein Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen der Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, das bei der Vorleistung der Krankenkasse für diese die Entstehung eines Ersatzanspruchs als Wirkung hat, vorausgesetzt, daß der Berechtigte beider Versicherungsträger, die wegen desselben Unfalls leisten, ein und dieselbe Person ist.

Auch die Bedeutung dieser Voraussetzung tritt dann deutlicher vor Augen, wenn wir sie als das für die Verwirklichung des Ersatzanspruchs notwendige Erfordernis betrachten. Hiernach kann die Krankenkasse wegen ihrer Leistungen (Krankenpflege, Krankengeld, Hausgeld) Ersatz nur aus der von der Berufsgenossenschaft zu gewährenden Unfallentschädigung beanspruchen, die dem Berechtigten der Krankenkassenleistungen zusteht. Sie kann daher wegen der Krankenpflege, des Kankengeldes und des Hausgeldes Ersatz nur aus den von der Berufsgenossenschaft für die Krankenbehandlung zu verwendenden Mitteln sowie aus der Unfallrente beanspruchen, und zwar kann die Krankenkasse, wie später zu erörtern ist,[2]) wegen der Krankenpflege nur aus den von der Berufsgenossenschaft für die Krankenbehandlung bestimmten Mitteln und wegen des Kranken- und Hausgeldes nur aus der Unfallrente Ersatz verlangen.

Hinsichtlich des Hausgeldes — dieses zahlt die Krankenkasse den Angehörigen des im Krankenhause verpflegten Versicherten, wenn dieser die Angehörigen von seinem Arbeitsverdienste unterhalten hat (§ 186) — kann es zweifelhaft erscheinen, ob dies nicht als ein solches zu bezeichnen ist, auf das die Angehörigen, also eine andere Person als der Unfallverletzte Anspruch hat. Aus dem dieser Bestimmung hinzugefügten Satz, wonach das Hausgeld unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden „kann", ist jedoch zu schließen, daß dem Versicherten der Anspruch auf Gewährung des für die Angehörigen bestimmten Hausgeldes zusteht. Dem Hausgeld des § 186 steht hinsichtlich der Ersatzgewährung das Hausgeld gleich, das den Angehörigen des eine

[1]) Begr. S. 443; Düttmann § 1501 Anm. 13b; Manes S. 293 Nr. 2.
[2]) s. § 6 d. Abh.

Freiheitsstrafe verbüßenden oder in Untersuchungshaft sich befindenden, in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt untergebrachten Versicherten gemäß § 216 Ziff. 1 zu gewähren ist.

Also nur die berufsgenossenschaftlichen Leistungen, deren Berechtigter identisch ist mit dem Berechtigten der Krankenkassenleistungen, können als Ersatzmasse für die Krankenkassenleistungen in Frage kommen. Der Ersatz kann sonach nicht genommen werden aus der Angehörigenrente, die von der Berufsgenossenschaft den Angehörigen des Unfallverletzten bei Heilanstaltspflege nach den ersten dreizehn Wochen oder wegen Wegfalls des Krankengeldes schon vorher gewährt wird (§ 598), sowie der Rente des § 615, die den Angehörigen des eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat verbüßenden oder in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebrachten Berechtigten gemäß § 615 Ziff. 1 Abs. 2 von der Berufsgenossenschaft zu gewähren ist, und endlich der Hinterbliebenenrente des § 586 Ziff. 2. Denn diese berufsgenossenschaftlichen Leistungen sind den Angehörigen bezw. Hinterbliebenen des Versicherten zu gewähren, während auf die Krankenkassenleistungen nur der Versicherte selbst Anspruch hat.

Wir wissen, daß die Identität des Berechtigten auch eine Voraussetzung für das der Krankenkasse im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft zustehende Anrechnungsrecht ist.[1]) Die Anrechnung ist demnach nur dann gestattet, wenn derselbe Berechtigte die anzurechnenden Leistungen und die Leistungen, auf die angerechnet werden soll, beanspruchen kann. Als Leistungen, die hiernach zur Anrechnung gegenüberstehen, kommen nur in Betracht die Unfallrente des § 558 Ziff. 2, deren Anrechnung auf das Kranken- und Hausgeld (§§ 186, 216) gestattet ist.[2]) [3]) Anrechnungsfähig sind nicht die Angehörigenrente des § 598, die

---

[1]) vgl. § 2 d. Abh.

[2]) Bezüglich des Sterbegeldes und der Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3 vgl. § 7 d. Abh.

[3]) Die Anrechnung der von der Berufsgenossenschaft gewährten Krankenbehandlung kommt nicht in Frage, da diese begriffsmäßig nur einmal gewährt werden kann (s. § 9 d. Abh.) und daher die Krankenkasse bei Gewährung dieser Leistungen durch die Berufsgenossenschaft von der Gewährung der Krankenpflege ihrerseits befreit ist.

Rente des § 615 und die Hinterbliebenenrente. Denn es fehlt, wie oben bemerkt wurde, auf seiten der Krankenkasse an einer Leistung, die dem gleichen Berechtigten zu gewähren ist. Außerdem fällt in dem Falle, daß die Berufsgenossenschaft Krankenpflege gewährt, die Gewährung des Hausgeldes durch die Krankenkasse fort; denn dies setzt voraus, daß die Krankenkasse selbst die Krankenpflege übernimmt.[1])

§ 5.

Gleichzeitigkeit der Ansprüche gegen die Versicherungsträger.

Außer den Voraussetzungen der Einheit des Leistungsgrundes und der Identität des Berechtigten wird für die Entstehung des Ersatzanspruchs der Krankenkasse ferner vorausgesetzt, daß die Leistungsverpflichtungen beider Versicherungsträger für die gleiche Zeit bestehen[2]) (§ 1501 Abs. 2: wenn „die Krankenkasse für eine Zeit leistet, für die der Berechtigte einen Anspruch auf Unfallentschädigung hatte oder noch hat"). Als Zeit des Zusammentreffens der Leistungsverpflichtungen kann nur die nach dem Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall liegende Zeit in Betracht kommen, da die 26 Wochen dauernde Verpflichtungszeit der Krankenkasse mit Eintritt der Krankheit beginnt, während die bis zum Ende der Krankheit bezw. Erwerbsunfähigkeit dauernde Verpflichtung der Berufsgenossenschaft mit dem Beginn der 14. Woche nach dem Unfall entsteht.

Neben der Gleichzeitigkeit der Leistungsverpflichtungen forderte das Unfallversicherungsgesetz v. 6. 7. 1884 auch die Gleichzeitigkeit der Fälligkeit der Ansprüche. Diese wurde aus der Fassung des § 8 entnommen, nach welcher die Krankenkassen sich insoweit für ihre Leistungen an den Versicherten durch den Übergang des Anspruchs aus der Unfallversicherung schadlos halten konnten, „soweit dieser dem Versicherten zustand in Fällen, in denen auch die Krankenkasse zu leisten verpflichtet war", also für eben dieselbe

---

[1]) Begr. S. 455.

[2]) Begr. S. 444; Düttmann § 1501 Anm. 13d; Hanow § 1501 Anm. 10; Manes S. 294 Nr. 4.

Zeit fällig wurde wie die Krankenkassenleistungen. Zu dieser Forderungsübertragung konnte es jedoch vielfach nicht kommen, da die Rententeile monatlich im voraus fällig wurden, demnach schon ausgezahlt sein konnten, ehe der Entschädigungsanspruch der Kassen, die ihre Leistungen vor Erhebung dieses Anspruchs bewirken sollten, geltend gemacht werden konnte.[1]) Man glaubte daher, den Entschädigungsanspruch der Kasse dadurch sicherer zu stellen, daß man anstatt dieses Rechtsübergangs der Unfallrente den Kassen einen Anspruch auf Ersatz von solchen Rentenbeträgen gewährte, die zwar für dieselbe Zeit zu gewähren waren wie die Krankenkassenleistungen, deren Fälligkeitszeitpunkt aber von keiner Bedeutung war. Aus dieser Erwägung wurde nach dem Gesetz von 1900 (§ 25 Abs. 2) den leistenden Krankenkassen ein Ersatzanspruch durch Überweisung von Rentenbeträgen zugestanden, auch wenn sie für einen Zeitraum geleistet hatten, für welchen dem Unterstützten nach dem Unfallversicherungsgesetz ein Entschädigungsanspruch „zustand".

Der Wegfall des Erfordernisses der Gleichzeitigkeit der Fälligkeit im heutigen Recht ermöglicht es demnach, daß der Ersatzanspruch auch dann geltend gemacht werden kann, wenn der Berechtigte gegen die Berufsgenossenschaft für die Zeit der von der Krankenkasse gewährten Unterstützung einen Anspruch deshalb nicht mehr hat, weil die Berufsgenossenschaft für diese Zeit ihre Leistung schon gewährt hat. Beispielsweise kann die Krankenkasse für die von ihr für den Monat Januar gewährte Leistung Ersatz verlangen, auch wenn die Krankenkasse erst mit Ende des Monats geleistet hat, da sie erst zu dieser Zeit zu leisten hatte, die Berufsgenossenschaft aber schon am 1. Januar geleistet hat, da ihre Leistung mit dieser Zeit fällig wurde.

Während für die Entstehung des Ersatzanspruchs die Gleichzeitigkeit der Verpflichtungen vorausgesetzt wird, ist diese Gleichzeitigkeit sowohl nach heutigem Recht als nach dem Gesetz v. 30. 6. 1900 für die Verwirklichung dieses Anspruchs nicht maßgebend; denn gemäß der Fassung der Vorschrift des § 1501 Abs. 2 kann der Ersatz aus der gesamten Unfallentschädigung

[1]) Esters S. 9.

genommen werden. Praktisch wird dies beispielsweise für den Ersatzanspruch des oben angegebenen Falls, in dem die Krankenkasse den Ersatzanspruch geltend macht, obgleich die Berufsgenossenschaft geleistet hat; denn in diesem Falle wird sie den Ersatz nicht aus der für den Monat Januar, sondern nur aus der für eine andere Zeit zu leistenden Unfallentschädigung nehmen können.

Auch wenn es sich um einen Unfall handelt, der eine länger als 13 Wochen bestehende oder eine erst mit dem Ablauf der 13. Woche sich ergebende Krankheit bezw. Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat, besteht eine gleichzeitige Verpflichtung beider Versicherungsträger nach dem Ablauf der 13. Woche in folgenden drei Fällen nicht:

1. Kraft Gesetzes ist der Anspruch des Berechtigten gegenüber der Berufsgenossenschaft untergegangen, oder die Ansprüche gegen die Versicherungsträger nach Ablauf der 13. Woche ruhen kraft Gesetzes.

Der Anspruch des Versicherten oder seiner Hinterbliebenen gegenüber der Berufsgenossenschaft ist kraft Gesetzes untergegangen, wenn der Versicherte den Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat (§ 556). Der Anspruch ruht kraft Gesetzes gegenüber der Krankenkasse in den Fällen des § 216, gegenüber der Berufsgenossenschaft in dem Falle des § 615.

2. Auf Grund von Satzung oder infolge Beschlusses der Versicherungsträger sind die Ansprüche des Versicherten untergegangen.

Auf Grund von Satzung der Krankenkasse kann diese ihre Verpflichtung unter gewissen Umständen in einem neuen Versicherungsfalle auf die Regelleistungen und auf die Gesamtdauer von 13 Wochen beschränken (§ 188). Die Krankenkasse kann ferner durch Satzungsbestimmung ihren Mitgliedern das Krankengeld wegen strafbarer, mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohter, gegen die Kasse begangener Handlungen oder bei vorsätzlich oder schuldhaft zugezogenen Krankheiten versagen (§ 192) und endlich gleichfalls auf Grund Satzung bestimmen, daß der Anspruch auf Mehrleistungen (als die Regelleistungen) erst nach einer Wartezeit von 6 Monaten nach dem Beitritt entstehen soll (§ 208).

Was den Untergang des Versichertenanspruchs durch Beschluß der Versicherungsträger anlangt, so kann ein solcher Beschluß von der Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft gefaßt werden, wenn sich der Versicherte in den vom Gesetz näher bestimmten Fällen damit einverstanden erklärt, daß ihm eine Abfindungssumme gezahlt wird (§§ 217, 616 u. 618).

3. Die Ansprüche gegen die Versicherungsträger sind *verjährt* — gegen die Krankenkasse in zwei Jahren nach der Entstehung (§ 223 Abs. 1), gegen die Berufsgenossenschaft in vier Jahren nach der Fälligkeit (§ 29 Abs. 3) — oder infolge Verzichts *erloschen* (§ 607).

Steht nach dem Vorstehenden dem Versicherten oder seinen Hinterbliebenen nach Ablauf von 13 Wochen nach dem Unfall während der Zeit, während der er aus der Krankenversicherung berechtigt ist, ein Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft nicht zu, so hat die Krankenkasse trotzdem zu leisten, ohne daß sie Ersatz beanspruchen kann. Hat der Versicherte dagegen einen Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft, ohne daß ihm ein solcher gegen die Krankenkasse zusteht, so ist er lediglich auf den ersteren angewiesen.

§ 6.

Gleichartigkeit der Leistungen.

Neben den erörterten Voraussetzungen besteht für die Verwirklichung des Ersatzanspruchs mit Ausnahme der Hilfsmittel des § 187 Ziff. 3 noch eine vierte Voraussetzung, nämlich die Gleichartigkeit der Leistungen.[1][2] Diese Voraussetzung bedeutet, daß die Krankenkasse hinsichtlich des Ersatzes ihrer Leistungen auf *die* Leistungen der Berufsgenossenschaft angewiesen sein soll, die in Ansehung ihres Zwecks auf die Beseitigung oder Milderung des gleichen durch den Versicherungsfall eingetretenen Schadens

---

[1]) Begr. S. 443; Düttmann § 1501 Anm. 13c; Manes S. 294 Nr. 3.

[2]) Hinsichtlich des Sterbegeldes und der Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3 vgl. § 7 d. Abh.

gerichtet sind wie die Krankenkassenleistungen.[1]) Hiernach kann für das den Zustand der Erwerbslosigkeit mildernde Kranken- und Hausgeld (§§ 186, 216) und den dem Versicherten im Krankenhause gewährten Unterhalt bei Berücksichtigung der früher erörterten Voraussetzungen ein Ersatz nur aus der dem gleichen Zwecke dienenden Unfallrente, d. h. der Geldsumme, die dem Unfallverletzten während der Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu entrichten ist (§ 558 Ziff. 2), beansprucht werden (§§ 1501 Abs. 3, 1503 Abs. 2 Satz 2, 1505). Was den Ersatz für die Kosten der Krankenpflege anlangt (§§ 187 Ziff. 3, 558 Ziff. 1), so sind diese aus den Mitteln zu ersetzen, die von der Berufsgenossenschaft für die Gewährung der Krankenbehandlung bestimmt sind. Dies ergibt sich daraus, daß die gemäß § 1501 Abs. 2 als Ersatz dienende Unfallentschädigung außer der nur für den Ersatz des Kranken- und Hausgeldes und des Unterhaltes im Krankenhause bestimmten Unfallrente und dem Sterbegelde, das als Ersatzmasse für das Sterbegeld der Krankenkasse dienen soll (§ 1502), nur noch die Mittel enthält, die für die Krankenbehandlung zu verwenden sind und demgemäß sich nur diese Mittel als Ersatzmasse für die Kosten der Krankenpflege darstellen.

Im früheren Recht war die Krankenkasse (Gesetz v. 30. 6. 1900 Abs. 2) wegen der von ihr gewährten Leistungen, ausgenommen das Sterbegeld, das aus dem Sterbegeld der Berufsgenossenschaft zu ersetzen war (§ 20 Abs. 5 KrankVG.), hinsichtlich des Ersatzes allein auf die Unfallrente verwiesen.[2]) Dies hatte die bedenkliche Folge, daß der Krankenkasse, wenn der Unfallverletzte zwar krank, aber nicht erwerbsunfähig war, ein Ersatzanspruch für die Krankenpflegeleistungen überhaupt nicht zustand, da die Rente nur für die Erwerbsunfähigkeit gewährt wurde. Es hatte sich daher in der Literatur im Gegensatz zu der abweichenden Ansicht, die sich

---

[1]) Eine besondere Rolle spielte der Grundsatz der Gleichartigkeit der Leistungen im früheren Recht hinsichtlich der von den Knappschaftsvereinen gezahlten Kindergelder. Es war vielfach die Ansicht vertreten, daß der Ersatz für diese Leistungen nicht aus der Unfallrente gestattet sei, da sie nicht wie diese zur Milderung der Erwerbslosigkeit verwendet würden, sondern für die Erziehung der Kinder bestimmt wären.

[2]) Esters S. 103.

in erster Linie auf den Wortlaut des Gesetzes stützte, vielfach die Meinung gebildet, daß sich trotz des entgegenstehenden Wortlautes des § 25 Abs. 2 aus den Grundprinzipien der Unfallgesetzgebung der Satz ergebe, daß für die Krankenpflege ein Ersatz nicht aus, sondern neben der Rente bestände.

Zunächst suchte man den Ersatz für die Krankenpflegeleistungen nicht aus dem Abs. 2, nach welchem der Ersatz aus der Rente zu gewähren war, sondern dem Abs. 3 zu konstruieren, nach welchem für den Ersatz der Krankenpflege ein Pauschbetrag für den Fall, daß nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen wurden, festgesetzt war. In erster Linie führte man hierfür an, daß durch Gewährung eines Ersatzes für die Krankenpflege aus der Rente gegen das Grundprinzip der Unfallversicherung verstoßen würde, nach welchem der Verletzte (§ 9 UVG.) einen Anspruch auf Heilbehandlung und Rente habe; die volle Rente würde ihm aber nicht zufallen, wenn aus dieser ein Ersatz für die Krankenpflege gestattet wäre. Daß der Verletzte die Rente aber möglichst uneingeschränkt erhalten solle, ergebe sich auch aus dem Abs. 4 des § 25, nach welchem die Ersatzleistung aus der Rente auf Höchstbeträge beschränkt sei.

Aus diesem Gegensatz, der zwischen dem Zweck und Sinn des Gesetzes und den sich aus dem Wortlaute des Abs. 2 ergebenden Folgen bestände, schloß man, daß der Abs. 3, der einen unbegrenzten Ersatz für die Krankenpflege gewähre und daher dem dargelegten Sinne entspräche, mit dem Abs. 2 im Widerspruch stehe und deshalb nicht in den Zusammenhang des § 25 gehöre. Der rechtliche Carakter dieses aus dem Abs. 3 des § 25 sich ergebenden Ersatzanspruchs für die Krankenpflege wurde den Vorschriften des bürgerlichen Rechts über die Gesamtschuld entnommen — diese Ansicht vertrat in erster Linie das Reichsversicherungsamt[1]) —, indem Krankenkasse und Berufsgenossenschaft nach Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall hinsichtlich der Krankenpflege, die als eine Leistung aufzufassen sei, wie dem Verletzten gegenüber haftende Gesamtschuldner angesehen wurden (§ 421 BGB.); da aber in dem Verhältnis der Versicherungsträger

[1]) A. N. 1906 S. 415 ff. (E. v. 26. 1. 1906).

zueinander die Berufsgenossenschaft als die allein verpflichtete anzusehen sei, könne die vorleistende Krankenkasse von der Berufsgenossenschaft wegen ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB.) das Geleistete zurückverlangen; der Anspruch des Verletzten gehe in Höhe der Leistung auf die Krankenkasse über (§ 426 Abs. 2 BGB.).

Eine andere Ansicht, nach welcher der Abs. 3 des § 25 als Bestandteil dieser Vorschrift angesehen wurde, ging dahin, man könne, um den Abs. 2 des § 25 mit dem Sinn und Zweck des Gesetzes in Einklang zu bringen, den Ausdruck „Rentenbeträge", welcher versehentlich infolge der Nachbildung dieser Vorschrift nach dem Invalidenversicherungsgesetz (§ 49) gewählt sei, in den weiteren auch die Kosten für die Krankenbehandlung umfassenden Begriff der „Entschädigungsbeträge" umändern.

§ 7.

Die Voraussetzungen für ein rechtlich wirksames Zusammentreffen des Sterbegeldes und der Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3.

Das Gesetz hat die Voraussetzungen für den Ersatzanspruch hinsichtlich des Sterbegelds nur unvollkommen geregelt.[1] [2])

Was zunächst die Entstehung dieses Ersatzanspruchs anlangt, so kann es nicht zweifelhaft erscheinen, daß hierfür entsprechend den übrigen Leistungen der Versicherungsträger die Voraussetzungen der Einheit des Leistungsgrundes, der Identität des Berechtigten und der Gleichzeitigkeit der Verpflichtung vorliegen müssen. Als Voraussetzung für die Verwirklichung dieses Ersatzanspruchs stellt das Gesetz die Gleichartigkeit der Leistungen auf; gemäß § 1502 soll der Ersatz für das Sterbegeld nur aus der dem Sterbegeld entsprechenden berufsgenossenschaftlichen Leistung gestattet sein. Im übrigen bringt das Gesetz es nicht wie hinsichtlich der anderen Leistungen in dem § 1501 deutlich zum Ausdruck, welche sonstigen Voraussetzungen für die Verwirklichung dieses Ersatz-

[1]) s. auch § 9 d. Abh. Hinsichtlich des früheren Rechts vgl. § 20 Abs. 5 KrankVG.

[2]) Düttmann und Hanow zu § 1502.

anspruchs aufzustellen sind. Man wird aber auch hier annehmen müssen, daß die Krankenkasse wegen des von ihr gewährten Sterbegeldes Ersatz nur aus dem Sterbegelde der Berufsgenossenschaft verlangen kann, das diese wegen des Unfalls zu gewähren hat, auf Grund dessen die Krankenkasse geleistet hat. Ist aber für den Ersatz des Sterbegelds die Einheit des Leistungsgrundes vorauszusetzen und besteht hierfür ferner die Voraussetzung der Gleichartigkeit der Leistungen, so ergibt sich hieraus, daß der Berechtigte, dem die Krankenkasse leistet und aus dessen Forderung gegenüber der Berufsgenossenschaft sie Ersatz beansprucht, nur derselbe sein kann. Einer besonderen Aufstellung der Voraussetzung der Identität des Berechtigten bedarf es nicht, da die Vermögensmasse, aus welcher der Ersatz zu nehmen ist, nicht, wie es insbesondere bei der Verwirklichung des Ersatzanspruchs für die Krankenpflege und das Krankengeld der Fall ist, durch die Berücksichtigung des Erfordernisses der Identität der Person noch näher bestimmt wird. Auch von einem Erfordernis der Gleichzeitigkeit der Verpflichtungen, das als maßgebend für die Verwirklichung des Ersatzanspruchs zu bezeichnen wäre, kann nicht gesprochen werden. Denn die Verpflichtung der Versicherungsträger zur Zahlung des Sterbegelds kann nur mit dem gleichen Zeitpunkte, nämlich dem Tode des Versicherten, entstehen.

Die Voraussetzungen für die Entstehung des Ersatzanspruchs für die Hilfsmittel sind gemäß § 1501 Abs. 2 die Einheit des Leistungsgrundes, die Identität des Berechtigten und die Gleichzeitigkeit der Leistungen. Für die Verwirklichung des Ersatzanspruches sind diese Voraussetzungen nicht maßgebend, da gemäß § 1504 für die Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3 Ersatz in Höhe des Aufwandes zu leisten ist und daher die Gewährung dieses Ersatzes von den berufsgenossenschaftlichen Leistungen, insbesondere deren Höhe nicht abhängig gemacht werden kann. Die Anrechnung der von der Berufsgenossenschaft im vorleistenden Falle gewährten Hilfsmittel kommt wegen der Unmöglichkeit einer doppelten Gewährung dieser Leistung nicht in Betracht.[1])

[1]) s. § 9 d. Abh.

Zweites Kapitel.

Das Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen und seine rechtlichen Wirkungen.

§ 8.

Das frühere Recht.

Das frühere Recht hatte, wie schon in der Einleitung erwähnt, ebenso wie das heutige den Grundsatz aufgestellt, daß die Leistungsverpflichtungen der Krankenkassen durch das Gewerbeunfallversicherungsgesetz nicht berührt werden sollten (§ 8 Abs. 1 GewUVG. v. 6. 7. 1884, § 25 Abs. 1 GewUVG. v. 30. 6. 1900). Es ergab sich daher das Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen auch im alten Recht bei dem Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen im Tötungsfalle und nach Ablauf von 13 Wochen nach dem Unfalle.

Wie wir ferner gesehen haben, hatte das Gesetz v. 6. 7. 1884 in erster Linie zur Entschädigung der leistenden Krankenkasse den Übergang des dem Berechtigten zustehenden Entschädigungsanspruchs gegenüber der Berufsgenossenschaft auf die leistende Krankenkasse festgesetzt, an dessen Stelle durch das Gesetz v. 30. 6. 1900 ein Ersatzanspruch der Krankenkasse durch Überweisung von Rentenbeträgen trat. Im früheren Recht war dagegen nicht die Frage entschieden, welchen Einfluß es auf die Verpflichtung der Krankenkasse habe, wenn die Berufsgenossenschaft vor der Krankenkasse leistet. Zur Lösung dieser Frage waren in der Literatur hinsichtlich der Haftung der Versicherungsträger verschiedene Theorien aufgestellt worden. Es waren dies die Theorie der kumulativen Haftung von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, der gesamtschuldnerischen Haftung beider Versicherungsträger und die Theorie von der subsidiären Haftung der Krankenkasse. Diese Theorien betrafen die Leistungsverpflichtung hinsichtlich des Krankengeldes.

Auch galten sie entsprechend für das Sterbegeld (§ 20 Abs. 5 KrankVG.).[1])

1. Theorie der kumulativen Haftung.[2])

Der Berechtigte hat nach dieser Theorie nicht nur gegen die Krankenkasse, sondern auch gegen die Berufsgenossenschaft einen selbständigen Anspruch, so daß er von beiden Versicherungsträgern die volle Leistung verlangen kann. Dies ergibt sich aus dem § 25 Abs. 1 GewUVG. von 1900, wonach die Verpflichtung der Krankenkasse durch das Unfallversicherungsgesetz nicht berührt wird. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz ist nur durch die Bestimmung des Abs. 2 des § 25 getroffen. Hiernach steht der Krankenkasse im Falle ihrer Leistung ein Ersatzanspruch gegenüber der Berufsgenossenschaft aus den dem Berechtigten zufallenden Rentenbeträgen zu. Durch die Verwirklichung dieses Anspruches werden dem Berechtigten die durch den Ersatz in Anspruch genommenen Rentenbeträge teilweise entzogen und sonach eine doppelte Entschädigung des Berechtigten vermieden.

Der Fall der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft wird aber durch den § 25 nicht berücksichtigt. Leistet die Berufsgenossenschaft vor der Krankenkasse, so wird hierdurch die Krankenkasse von ihrer Leistung gegenüber dem Berechtigten nicht enthoben.

2. Theorie der gesamtschuldnerischen Haftung.[3])

Krankenkasse und Berufsgenossenschaft haften dem Berechtigten gegenüber als Gesamtschuldner; im Verhältnis der Versicherungsträger zueinander trägt die Berufsgenossenschaft in Höhe ihrer gesetzlichen Verpflichtung die Leistungspflicht. Der Berechtigte kann nach seinem Belieben Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft in Höhe ihrer Verpflichtung, aber nur einmal in Anspruch nehmen. Leistet die Krankenkasse, so wird diese dem Berechtigten gegenüber in Höhe ihrer Leistung befreit. Es geht auf sie dann der An-

---

[1]) Bezüglich der Krankenpflegeleistungen s. § 9 d. Abh.

[2]) Urteil des LG. I Berlin und des LG. Hamburg v. 13. 3. 1906 (ArbVers. 1906 S. 290 ff.).

[3]) E. d. LG. Altona v. 29. 6. 1905 (ArbVers. 1905 S. 596).

spruch des Berechtigten gegenüber der Berufsgenossenschaft in Höhe des Ersatzanspruchs über. Leistet die Berufsgenossenschaft, so wird die Krankenkasse insoweit befreit, als der Teil der Unfallrente, mit dem sonst der Krankenkasse Ersatz zu leisten wäre, dem zu gewährenden Krankengeld gleichkommt.

3. Theorie der subsidiären Haftung.[1])

Vom Beginn der 14. Woche von dem Unfall ab sind Krankenkasse und Berufsgenossenschaft dem Berechtigten gegenüber verpflichtet, und zwar die Berufsgenossenschaft primär, die Krankenkasse subsidiär, soweit nicht ihre Leistung höher ist. Leistet die Krankenkasse, so hat sie gegen die Berufsgenossenschaft einen Ersatzanspruch bis zur Höhe der Unfallentschädigung, leistet die Berufsgenossenschaft, so ist die Krankenkasse in Höhe des Ersatzanspruchs gegenüber der Berufsgenossenschaft befreit.

Die meisten Anhänger fand die Theorie der subsidiären Haftung, die auch in der Reichsversicherungsordnung verwirklicht ist. Gegen die Theorie der kumulativen Haftung[2]) wurde angeführt, daß diese der Tendenz des Gesetzes, nach welcher die Unterstützung der Krankenkasse nur vorläufig und provisorisch, die Unfallentschädigung dagegen endgültig gewährt werden solle, widerspräche, und gegen die Theorie der gesamtschuldnerischen Haftung[3]) brachte man vor, daß das gesamtschuldnerische Verhältnis zwischen Versicherungsträgern und Versichertem nicht mit dem modernen Begriff des Gesamtschuldverhältnisses übereinstimme; denn hiernach müsse im Falle der Leistung durch die Krankenkasse dieselbe Forderung, die der Berechtigte gegenüber der Berufsgenossenschaft habe, auf die Krankenkasse kraft Gesetzes übergehen. Dies sei aber nicht der Fall; denn es entstehe ein neuer selbständiger nicht kraft Gesetzes übergehender Ersatzanspruch, und außerdem könne dieser Ersatz auch aus späteren, nicht gerade zur Zeit der Unterstützung bestehenden Rentenbeträgen genommen werden.

---

[1]) Begr. z. UVG. v. 30. 6. 1900 S. 65.
[2]) Festner S. 26.
[3]) Festner S. 23.

§ 9.

Das Rechtsverhältnis zwischen den Versicherungsträgern und dem Berechtigten.

Sind die in dem vorhergehenden Kapitel erörterten Voraussetzungen der Einheit des Leistungsgrundes, der Identität des Berechtigten und der Gleichzeitigkeit der Ansprüche gegeben, so treffen die Leistungsverpflichtungen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften gegenüber dem Berechtigten bei dessen Tode und nach Beginn der 14. Woche nach dem Unfalle zusammen. Dieses Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen der Versicherungsträger ergibt sich bereits aus den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die über den Gegenstand der Krankenversicherung und den Gegenstand der Unfallversicherung handeln (§§ 179, 182, 183, 186, 201, 216, 558, 586, 598, 615). Um jedoch Zweifeln darüber vorzubeugen, ob die Leistungsverpflichtungen der Versicherungsträger nebeneinander bestehen bleiben sollen, ist die Leistungspflicht beider Versicherungsträger als grundsätzliche Vorschrift für die beim Tode des Unfallverletzten und nach Ablauf von 13 Wochen nach dem Unfall sich ergebenden Rechtsbeziehungen zwischen den Versicherungsträgern eigens durch die Bestimmung des § 1501 Abs. 1 zum Ausdruck gebracht, nach welcher die Leistungspflicht der Krankenkasse nicht dadurch berührt wird, daß ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadensersatz verpflichtet ist.

Begründet wird dieser Grundsatz damit, daß dem Berechtigten die notwendige Hilfe durch einen der Versicherungsträger unverzüglich zuteil werden soll.[1]) Der Berechtigte ist aber sicherer gestellt, wenn ihm neben der Hilfe der Berufsgenossenschaft auch die der Krankenkasse, die für ihn in manchen Fällen schneller und leichter zu erlangen sein wird, zur Verfügung steht. Auch ist er durch die grundsätzliche Verpflichtung beider Versicherungsträger vor einem Ausfall der Leistung, den er dadurch erleiden könnte, daß zwischen den Versicherungsträgern Differenzen über ihre Verpflichtung zur Entschädigung entstehen, besser geschützt.

[1]) Begr. zu § 8 UVG. v. 6. 7. 1884 (StenB. 5. LP. 2. Sess. 1882/83 Bd. 5 Anl. S. 203).

Der Grundsatz des § 1501 Abs. 1 hat daher auch, solange nicht eine der später zu erörternden Ausnahmen vorliegt, unbeschränkte Geltung. Er bleibt beispielsweise auch dann bestehen, wenn einer der Versicherungsträger die von ihm zu gewährende Leistung anerkennt.[1])

Der Zweck des Grundsatzes ist sonach erreicht, sobald einer der Versicherungsträger geleistet hat. Die Wirkung des Grundsatzes besteht aber im Verhältnis der Versicherungsträger zu dem Berechtigten darin, daß der Berechtigte hinsichtlich des ihm widerfahrenen Übels durch Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, also doppelt entschädigt wird. Eine doppelte Entschädigung ist aber an sich ungerechtfertigt. Es mußten daher Maßnahmen getroffen werden, die, soweit infolge des Grundsatzes des § 1501 Abs. 1 dem Berechtigten ohne Grund eine Doppelleistung zuteil wird — gemäß §§ 1506, 1507 ist mit Rücksicht auf den Versicherten eine beschränkte Doppelleistung zugelassen — Wirkungen dieses Grundsatzes hinfällig machen, ohne daß hierdurch der dem Grundsatz zugrundeliegende Zweck beeinträchtigt wird. Betrachten wir die dem Grundsatz des § 1501 Abs. 1 nachfolgenden Bestimmungen näher, so stellt sich heraus, daß in der Tat durch einige dieser Vorschriften Maßnahmen getroffen sind, durch deren Verwirklichung, abgesehen von einem Falle (s. unten), eine ungerechtfertigte Doppelleistung vermieden wird. Es ist dies durch die Vorschriften der §§ 1501 Abs. 2 u. 3, 1502, 1510, 1511, 1513, 1514 geschehen.[2]) Auf Grund der Vorschriften der §§ 1501 Abs. 2 und 3, 1502 wird der Doppelleistung dann entgegengetreten, wenn die leistende Krankenkasse den Ersatzanspruch aus der sonst dem Berechtigten zufallenden Unfallentschädigung geltend macht. Aber auch im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft kommt es nicht zu einer vollen zweifachen Entschädigung, da durch die im Vorleistungsfalle durch die Berufsgenossenschaft der Krankenkasse beigelegte Anrechnungsbefugnis der von der Berufsgenossenschaft gewährten Leistung die Leistung der Krankenkasse in der Hauptsache auf den die Leistung der Berufsgenossenschaft über-

[1]) Düttmann § 1501 Anm. 4.
[2]) Düttmann § 1501 Anm. 5.

steigenden Teil beschränkt wird.[1]) Was endlich die beiden Rechte der Berufsgenossenschaft auf Übernahme des Heilverfahrens und Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse (§§ 1513, 1514) anlangt, so wird auch durch deren Ausübung die Doppelleistung vermieden. Denn bei der Übernahme des Heilverfahrens ist die Berufsgenossenschaft und bei der Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse letztere der allein leistende Versicherungsträger. Wenn auch in den beiden Fällen der §§ 1513 u. 1514 nur ein Versicherungsträger leistet, so kann doch nicht behauptet werden, daß der durch das Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen erstrebte Zweck einer besonderen Sicherstellung des Berechtigten in diesen beiden Fällen aufgehoben würde. Denn es liegt im Interesse der Berufsgenossenschaft, während der gesamten Dauer der Krankheit des Versicherten das Heilverfahren in einer dem Berechtigten günstigen Weise zu leiten.[2]) Die Bestimmung des § 1514, nach welcher die berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse übertragen werden können, ist aber eigens im Interesse des Berechtigten geschaffen worden.[2])

In den der Doppelleistung entgegentretenden Vorschriften wird nicht der Fall berücksichtigt, daß die Berufsgenossenschaft hinsichtlich des Sterbegeldes vorleistet. Es ergibt sich nicht ausdrücklich aus dem Wortlaut des Gesetzes, daß die Krankenkasse tatsächlich nur zur Leistung des Sterbegeldes verpflichtet ist, soweit es das von der Berufsgenossenschaft geleistete Sterbegeld übersteigt. Denn gemäß der Vorschrift des § 1510, in der die Anrechnungsbefugnis der Krankenkasse bei der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft geregelt wird, hat die Krankenkasse nur das Recht, auf die von ihr zu gewährenden Leistungen die Leistungen der Berufsgenossenschaft anzurechnen, soweit es sich um Leistungen handelt, die auf Zeit gewährt werden und nicht für solche, die durch einmalige Gewährung wie das Sterbegeld erschöpft sind. Der Wortlaut des Gesetzes (§§ 1501 Abs. 1, 1510) würde daher zu dem Schluß nötigen, daß die Krankenkasse, auch wenn die

[1]) s. §§ 12 ff. d. Abh.
[2]) s. § 11 d. Abh.

Berufsgenossenschaft das Sterbegeld bezahlt hat, ihrerseits zur Gewährung dieser Leistung verpflichtet ist. Wie sich aus den Vorschriften der §§ 1501, 1510 und auch 1511 ergibt, geht jedoch der Wille des Gesetzes dahin, die Doppelleistung nach Möglichkeit auszuschließen. Der Gesetzeswille ist demnach, soweit es sich um die Gewährung des Sterbegeldes handelt, nicht vollständig im Gesetzestext zum Ausdruck gebracht. Führt aber die Auslegung des Gesetzestextes, der in erster Linie maßgebend sein soll, zu einer zwecklosen Konsequenz, so wird es gestattet sein, dem Gesetzeswillen zu folgen, wenn man unter seiner Berücksichtigung zu einer geeigneteren Auslegung gelangt. Es ist demnach der Krankenkasse das Recht zuzusprechen, bei Vorleistung des Sterbegelds durch die Berufsgenossenschaft dieses Sterbegeld in voller Höhe auf das von ihr zu gewährende Sterbegeld anzurechnen (§§ 1502, 1510).[1])

Außer in den durch die angeführten Gesetzesvorschriften geregelten Fällen ist die Leistung beider Versicherungsträger ausgeschlossen während der Rechtshängigkeit des Verfahrens gegen einen der Versicherungsträger und dann, wenn Krankenpflege bezw. Krankenbehandlung (einschließlich der Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3) gewährt wird. Der Grundsatz des § 1501 Abs. 1 kann im Falle der Gewährung von Krankenpflege bezw. Krankenbehandlung deshalb keine Anwendung finden, weil zur Erreichung des durch diese Leistung erstrebten Zweckes, der auf die Beseitigung der Krankheitserscheinungen als Folgen des Unfalls gerichtet ist, das Zusammenwirken zweier Institutionen mit Rücksicht auf die persönliche Natur der Krankenpflege und die verschiedenartige Möglichkeit der Behandlung nicht geeignet erscheint.[2])

Wie schon erwähnt, gibt es einen Fall, in dem der Berechtigte die Doppelleistung trotz Geltendmachung des Ersatzanspruchs erhält. Er ist dann gegeben, wenn die Krankenkasse den Ersatzanspruch wegen des von ihr gewährten Hausgeldes (§§ 186 u.

---

[1]) Düttmann § 1501 Anm. 5d; Hanow § 1510 Anm. 9a; Kaskel-Sitzler S. 370.

[2]) s. Begr. S. 445, 450; E. d. PrOVG. v. 19. 9. 1907; A. N. 1908 S. 320; Düttmann § 1501 Anm. 5e; Hanow § 1510 Anm. 9c.

216) geltend macht.[1]) Da als Ersatzmasse für das den Angehörigen zufallende Hausgeld wegen der zu berücksichtigenden Indentität des Berechtigten und Gleichartigkeit der Leistungen nur die Unfallrente in Betracht kommt, geht bei Gewährung des Ersatzes für das Hausgeld der Anspruch auf die Angehörigenrente des § 598 und die Rente des § 615, die in fast den gleichen Fällen wie das Hausgeld des § 186 bezw. § 216 zu gewähren sind, den Angehörigen des Versicherten nicht verloren.

Diese doppelte Gewährung einer Entschädigung für die Angehörigen des Versicherten erscheint nicht gerechtfertigt. Es fragt sich, ob nicht, insoweit die Angehörigen des Versicherten doppelt entschädigt werden, eine Änderung der einschlagenden Bestimmungen angemessen erscheint. Diese doppelte Entschädigung würde dadurch vermieden werden, daß den Angehörigen der Anspruch auf das Hausgeld selbst zugestanden würde und ferner die Gewährung des Ersatzes für die Hausgelder (§§ 186 u. 216) aus der diesen entsprechenden berufsgenossenschaftlichen Leistung, nämlich der Angehörigenrente des § 598 und der Rente des § 615, gestattet würde.

§ 10.

Das Rechtsverhältnis der Versicherungsträger zueinander.

Während im Verhältnis der Versicherungsträger zu dem Berechtigten die Wirkung des Zusammentreffens der Leistungsverpflichtungen der Versicherungsträger ein Anspruch auf doppelte Entschädigung des Berechtigten ist, ist im Verhältnis der Versicherungsträger zueinander die Wirkung dieses Zusammentreffens die Entstehung der Krankenkassenrechte auf Ersatz und Anrechnung, durch deren Verwirklichung, wie erwähnt, einer doppelten Entschädigung des Berechtigten entgegengetreten wird.

Diese Rechte bezwecken neben der Verhütung einer unnützen Doppelleistung eine Schadloshaltung der Krankenkasse bei Erfüllung ihrer Verpflichtung gegenüber dem Berechtigten. Denn, wenn auch neben der Berufsgenossenschaft die Krankenkasse gegenüber dem Berechtigten verpflichtet ist, so ist doch im Verhältnis

[1]) Kaskel-Sitzler S. 370.

der Versicherungsträger zueinander die erstere Verpflichtung primär und die letztere nur subsidiärer Art. Es soll bei Unfällen, die einen ernsteren Charakter tragen, d. h. den Tod oder eine länger als 13 Wochen dauernde oder erst mit dem Ablauf von 13 Wochen nach dem Unfall hervortretende Krankheit bezw. Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben, der Berufsgenossenschaft als dem Versicherungsträger, der in erster Linie für den Unfall einzustehen hat, die endgültige Leistungspflicht auferlegt werden.[1]) Demgegenüber tritt die Krankenkasse nur im Bedarfsfalle, und zwar nur vorläufig mit ihrer Leistung ein. Aus diesen Gründen hat die Krankenkasse im Falle ihrer Leistung einen Anspruch auf Ersatz gegenüber der Berufsgenossenschaft in der durch §§ 1503—1507 näher bestimmten Höhe. Leistet aber die Berufsgenossenschaft vor der Krankenkasse, so kann dies nur zur Folge haben, daß die Krankenkasse ganz oder teilweise befreit ist; es ist daher der Krankenkasse im Gegensatz zu dem früheren Recht, das das Krankenkassenrecht auf Anrechnung nicht kannte,[2]) die Befugnis zugesprochen, auf ihre Leistung die von der Berufsgenossenschaft gewährte Leistung in einer vom Gesetz näher bestimmten Höhe anzurechnen (vgl. §§ 1506, 1507, 1510).

Die hauptsächlichsten Voraussetzungen für ein Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen, aus dem sich der Anspruch auf Doppelleistung, der Ersatzanspruch und die Anrechnungsbefugnis ergeben, sind an besonderer Stelle (Kapitel I) erörtert worden. Zur Charakterisierung der Krankenkassenrechte auf Ersatz und Anrechnung bedarf es noch des Eingehens auf einige weitere diese beiden Rechte betreffende Rechtssätze.

Die Krankenkasse kann den Ersatzanspruch nur wegen derjenigen Leistungen geltend machen, zu deren Gewährung sie auf Grund von Gesetz oder Satzung verpflichtet ist.[3]) Eine solche Verpflichtung besteht nicht hinsichtlich der Gewährung von Hilfe und Wartung an Kranke durch Krankenpfleger, Kranken-

[1]) Denkschrift, beigegeben den ersten Gesetzentwürfen eines Gesetzes über die Unfallversicherung der Arbeiter und eines Gesetzes zur Regelung der obligatorischen Krankenversicherung der Arbeiter (Drucks. d. Reichstags 1882 Nr. 14 u. 19).

[2]) vgl. § 8 d. Abh.

[3]) s. aber § 185 Abs. 2.

schwestern und andere Pfleger (§ 185), da die Gewährung dieser Leistungen dem Ermessen der Krankenkasse überlassen ist. Dagegen besteht eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Leistung außer in den durch Gesetz vorgeschriebenen Fällen in den Fällen der §§ 187, 191, 193, 194, 198, 200, 204, 205, in denen die Krankenkasse sich durch Satzung verpflichtet hat (§ 179 Abs. 3). Da sonach die Leistung der Krankenkasse, für die Ersatz zu gewähren ist, sich auf eine gesetzliche oder satzungsgemäße Verpflichtung gründen muß, kann nicht mit der Begründung[1]) angenommen werden, daß die freiwilligen Leistungen im allgemeinen (z. B. der Fall des § 187 Ziff. 2) für den Ersatzanspruch aus der Entschädigung ausgeschlossen sind, ebenso wie es unrichtig erscheint, den Ersatzanspruch auch für die Fälle festzusetzen, in denen die Krankenkasse nicht auf Grund von Gesetz oder Satzung, aber nach pflichtgemäßem Ermessen leistet.[2]) Eine Besonderheit bildet die Krankenhauspflege. Ihre Gewährung ist zwar der Krankenkasse überlassen (§ 184). Da sie aber an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes tritt, und mit Rücksicht darauf, daß die Krankenkasse bei Gewährung von Krankenhauspflege an sich nicht höhere Leistungen gewährt, ist auch für die Gewährung dieser Art Krankenhilfe Ersatz zu leisten. Die Höhe dieses Ersatzes ist in den §§ 1503—1507 näher bestimmt. Nur wenn die Krankenkasse vollständigen Unterhalt in einer Anstalt gewährt, liegt eine Ausnahme vor. In diesem Falle ist nämlich der Krankenkasse wegen der gewährten höheren Leistungen ein höherer Ersatz zu leisten, obgleich die Krankenkasse zur Gewährung dieser höheren Leistungen nicht verpflichtet ist (§ 1506 Abs. 2).

Nicht nur dem Unfallverletzten oder seinen Angehörigen gegenüber, sondern auch den Erben des Unfallverletzten gegenüber kann, obgleich ihnen nicht die Krankenkassenleistungen zufallen, der gegen die Berufsgenossenschaft gerichtete Ersatzanspruch geltend gemacht werden.[3]) Zur Geltendmachung dieses Anspruchs kann es dann kommen, wenn der verstorbene Unfallverletzte Anspruch auf rück-

---

[1]) vgl. Begr. S. 452; Düttmann § 1501 Anm. 6; Hanow § 1501 Anm. 7 u. 8; Laß § 1501 Anm. 4.

[2]) Manes zu § 1501.

[3]) Olshausen S. 169.

ständige Rentenbeträge hatte. Der Anspruch auf diese Beträge geht zwar auf die Erben über. Mit Rücksicht auf die persönliche Natur des Rentenanspruchs ist jedoch anzunehmen, daß bei Geltendmachung des Ersatzanspruchs der Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz aus den Renten dem Anspruch des Erben vorgeht, und daher der Ersatz aus diesen Renten gestattet ist.

Was ferner die Anrechnungsbefugnis der Krankenkasse im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft anbetrifft, so wird das Anrechnungsverfahren, insbesondere die hierbei in Betracht kommende Höhe der Leistungen der Versicherungsträger, später erörtert werden.[1])

Wie schon hier bemerkt werden mag, ist zu diesem Anrechnungsverfahren die Krankenkasse jedoch erst berechtigt, nachdem der Feststellungsbescheid der Berufsgenossenschaft erteilt ist; denn hieraus wird sie entnehmen können, daß die Berufsgenossenschaft zu leisten beabsichtigt (§§ 1583 ff.).[2])

Als Leistungen der Krankenkasse, auf welche die von der Berufsgenossenschaft gewährten Leistungen angerechnet werden können, kommen nur solche in Betracht, die der Berechtigte *nach Gesetz oder Satzung beanspruchen kann*; ferner wird für die Anrechnungsfähigkeit der berufsgenossenschaftlichen Leistungen vorausgesetzt, daß die Berufsgenossenschaft diese Leistungen *pflichtgemäß* gewährt hat.[3])

Das Anrechnungsverfahren betrifft daher nicht die Leistungen, zu deren Gewährung die Krankenkasse nach Gesetz oder Satzung nicht verpflichtet ist (s. oben). Auch im Falle der Gewährung von Heilanstaltspflege durch die Berufsgenossenschaft würde demnach nicht, wie es zunächst scheinen könnte, die entsprechende Leistung, nämlich Krankenhauspflege (§ 184) auf seiten der Krankenkasse angesetzt werden können. Es ist vielmehr für die Zeit der Heilanstaltspflege auf seiten der Krankenkasse Krankenpflege und Krankengeld in Anrechnung zu bringen. Praktisch ist dies insofern von Bedeutung, als das wirkliche Krankengeld und nicht gemäß § 1503

---

[1]) § 12 d. Abh.
[2]) Hanow § 1510 Anm. 3.
[3]) Begr. S. 455.

Abs. 2 Satz 2 für den Unterhalt im Krankenhause die Hälfte des Grundlohns anzusetzen ist.[1]) Alsdann würde, wie schon früher erwähnt,[2]) auch im Falle der Gewährung von Angehörigenrente die Ansetzung von Hausgeld auf seiten der Krankenkasse nicht in Betracht kommen, da die Krankenkasse die Krankenhausbehandlung nicht selbst durchgeführt hat.

Da nur eine pflichtgemäße Leistung der Berufsgenossenschaft anrechnungsfähig ist, scheiden die berufsgenossenschaftlichen Leistungen aus, deren Gewährung der Berufsgenossenschaft überlassen ist. Es sind dies die bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit erhöhten Leistungen (§ 562), die Hauspflegeleistungen des § 599 und die Leistungen, die die Berufsgenossenschaft bei besonderer Bedürftigkeit gewähren kann (§ 602). Auch hier gilt Entsprechendes wie bei der Gewährung von Krankenhauspflege durch die Krankenkasse (s. oben). Es wird nämlich auf seiten der Berufsgenossenschaft die an Stelle der Krankenbehandlung und Rente tretende Heilanstaltspflege (§ 597) bis zu dem Betrage der halben Unfallrente und die Gewährung des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt (§ 607) bis zum Betrage der Vollrente (§§ 1506—1507) angesetzt.

Endlich wird noch darauf hingewiesen, daß von der Anrechnung die Aufrechnung[3]) zu unterscheiden ist (§ 223). Zwischen der Krankenkasse und dem Berechtigten kann eine Aufrechnung derart stattfinden, daß die Krankenkasse zur Schadloshaltung wegen der von ihr bewirkten Leistung anstatt Geltendmachung des Ersatzanspruchs gegenüber der Berufsgenossenschaft diese Leistungen gegen die weiteren von ihr an den Versicherten zu gewährenden Leistungen aufrechnet.

Während im Falle des § 1510 die Leistung der Krankenkasse erst dann auf den die Summe des Ersatzanspruchs aus der berufsgenossenschaftlichen Leistung übersteigenden Teil beschränkt wird, wenn die Krankenkasse von dem Rechte der Anrechnung Gebrauch macht, gibt die Vorschrift des § 1511 die Möglich-

---

[1]) s. § 12 d. Abh.
[2]) s. § 4 d. Abh.
[3]) Begr. S. 456.

keit, von vornherein durch Satzungsbestimmung für jeden Krankheitsfall, der Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, die Gewährung der Krankenkassenleistung auszuschließen, und zwar nicht nur, soweit sie der Höhe des Ersatzanspruchs aus der berufsgenossenschaftlichen Leistung gleichkommt, sondern soweit sie der berufsgenossenschaftlichen Leistung selbst gleichsteht. Eine solche Bestimmung kann nur bezüglich des Krankengeldes, das für die Zeit, für die Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, getroffen werden. Die Aufstellung dieser Bestimmung durch die Satzung der Krankenkasse hat die Folge, daß die Krankenkasse, wenn sie trotz Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft die volle Leistung gewährt, einen Ersatzanspruch nach § 1501 Abs. 2 gegenüber der Berufsgenossenschaft auf Zurückzahlung des Zuvielgeleisteten nicht hat. Denn sie hat dann nicht gemäß der ihr nach § 1511 auferlegten Verpflichtung in der durch die Satzung bestimmten Höhe geleistet. Die Krankenkasse würde lediglich im Wege ungerechtfertigter Bereicherung das Zuvielgeleistete zurückfordern können, falls angenommen werden kann, daß ihr die Satzungsbestimmung nicht bekannt war (§ 814 BGB.).[1])

[1]) Düttmann § 1511 Anm. 3.

Drittes Kapitel.

§ 11.

Die berufsgenossenschaftlichen Rechte auf Übernahme des Heilverfahrens und Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse.

In der Reichsversicherungsordnung werden unter den Bestimmungen über das Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen der Versicherungsträger auch die dem früheren Recht[1]) schon bekannten beiden berufsgenossenschaftlichen Rechte auf Übernahme des Heilverfahrens (§ 1513) und Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse (§ 1514) geregelt. Die Regelung dieser Rechte in diesem Zusammenhang rechtfertigt sich, wie wir erörterten, damit, daß durch ihre Verwirklichung der Anspruch des Berechtigten auf Doppelleistung aufgehoben wird. Dem Gefüge dieser Abhandlung würde es sich aber besser anpassen, nicht zum mindesten auch die Übersicht über die einzelnen Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern wesentlich erleichtern, wenn man auch die Rechte der §§ 1513 u. 1514 ebenso wie die Krankenkassenrechte auf Ersatz und Anrechnung als eine aus dem Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen sich ergebende Wirkung bezeichnen könnte, allerdings aus einem Zusammentreffen, das die in dem vorhergehenden Kapitel erörterten Voraussetzungen hat; es würde hierdurch ein noch innigerer Zusammenhang zwischen diesen Rechten und dem Grundsatz des § 1501 Abs. 1, den das Gesetz an die Spitze der Rechtsbeziehungen zwischen den Versicherungsträgern stellt, hergestellt werden. Wenn auch die Einheit des Leistungsgrundes und die Identität des Berechtigten sich als Erfordernisse für die Entstehung der Rechte der §§ 1513, 1514

---

[1]) §§ 76c Abs. 1, 76d KrankVG. v. 10. 4. 1892; § 5 Abs. 8 GewUVG. v. 6. 7. 1884; § 11 Abs. 1 GewUVG. v. 30. 6. 1900.

hinstellen lassen,[1]) so scheitert der Versuch doch daran, daß diese Rechte nicht auch ein gleichzeitiges Zusammentreffen voraussetzen. Wir müssen daher darauf verzichten, die Rechte der §§ 1513 u. 1514 unter die Wirkungen des Zusammentreffens einzugliedern, und sie sonach hier an besonderer Stelle besprechen.

Es handelt sich zunächst um das Recht der Berufsgenossenschaft, bei Krankheit, die ein Unfall herbeigeführt hat, das Heilverfahren zu übernehmen[2]) (§ 1513). Diese Vorschrift ist im Interesse der Berufsgenossenschaft und des Berechtigten geschaffen. Der Berufsgenossenschaft, die ihre Leistungen bis zum Eintritt der Heilung, sofern eine solche überhaupt möglich ist, zu gewähren hat, liegt hauptsächlich an der Erzielung eines dauernden Heilerfolgs, während die Krankenkasse nicht das gleiche Interesse an der Herbeiführung einer dauernden Heilung hat, da ihr die Heilbehandlung bei Unfallskrankheiten nicht bis zur Beendigung der Krankheit, sondern nur auf Zeit (während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall) übertragen ist. Für die Berufsgenossenschaft wird es also zur ungehinderten Verfolgung ihres Zwecks in vielen Fällen wesentlich sein, daß sie selbst sofort bei Beginn der Krankheit die Heilbehandlung übernehmen kann.[3])

Infolge der Übernahme scheidet die Krankenkasse als der dem Berechtigten gegenüber verpflichtete Versicherungsträger aus, und es tritt an die Stelle der Krankenkasse die Berufsgenossenschaft.[4]) Der Berufsgenossenschaft erwächst mit der Übernahme die Pflicht, für die Dauer des Heilverfahrens, oder wenn dies länger als 13 Wochen andauert, bis zum Ablauf der 13. Woche, dem Zeit-

---

[1]) Einheit des Leistungsgrundes ist für die Übernahme des Heilverfahrens gemäß § 1513 insofern Voraussetzung, als die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren übernimmt, das die Krankenkasse wegen des Unfalls zu gewähren hat, auf Grund dessen die Berufsgenossenschaft im Falle ihrer Leistungspflicht zu leisten haben würde, und für die Übertragung gemäß § 1514 insofern, als die Berufsgenossenschaft ihre Pflichten nur der Krankenkasse übertragen kann, die wegen desselben Unfalls wie die Berufsgenossenschaft leistet. Aus dem Bestehen der Einheit des Leistungsgrundes ergibt sich das Bestehen der Identität des Berechtigten von selbst.

[2]) Begr. S. 457.

[3]) Laß, Komm. z. 5. Buch der RVO. zu § 1510.

[4]) Hanow § 1513 Anm. 10; Laß § 1513 Anm. 4.

punkt, von dem ab ihr die endgültige Leistungsverpflichtung zufällt, dem Kranken die Leistungen zu gewähren, die diesem seine Krankenkasse nach Gesetz oder Satzung zu leisten hätte.[1]) Es sind dies die Leistungen der Krankenpflege, des Krankengeldes, des Hausgeldes des § 216 und die auf Satzung beruhenden Leistungen. Auch den Krankengeldzuschuß (§§ 573, 575) hat die Berufsgenossenschaft zu zahlen.[2]) Die Berufsgenossenschaft übernimmt aber außer den Pflichten auch die Rechte, die der Krankenkasse hinsichtlich ihrer Leistungen zustehen. Sonach kann sie ebenso wie die Krankenkasse dem Kranken Hilfe und Wartung, und zwar unter Abzug von $^1/_4$ des Krankengeldes (§ 185), und an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewähren. Gewährt die Berufsgenossenschaft Krankenhauspflege, so hat sie gegebenenfalls daneben auch das Hausgeld des § 186 zu zahlen. Der Berufsgenossenschaft bleiben neben den Rechten, die sie durch die Übernahme erwirbt, natürlich die Rechte erhalten, die sie als Versicherungsträger der Unfallversicherung hat, soweit diese nicht mit den übernommenen Pflichten im Widerspruch stehen. Sie kann daher das Recht, dem Versicherten den Schadensersatz bei Nichtbefolgung von Anordnungen hinsichtlich des Heilverfahrens zu entziehen, auch geltend machen, wenn sich der Versicherte weigert, den Anordnungen nachzukommen, die von der Berufsgenossenschaft bei Wahrnehmung der Krankenkassenpflichten getroffen werden (§ 606).[3])

Die gemäß § 1513 geregelte Übernahme des Heilverfahrens schließt nicht Vereinbarungen zwischen den Versicherungsträgern über die Erfüllung der Krankenkassenpflichten durch die Berufsgenossenschaft während der Wartezeit aus, insbesondere Vereinbarungen der Art, daß die Übernahme nur bei einzelnen Arten von Krankheitsfällen zulässig sein soll. In jedem solchen Falle

[1]) Bei mehreren Krankenkassen kommt diejenige in Betracht, der gegenüber der Versicherte seiner Versicherungspflicht nachgekommen ist und der gegenüber die Rechte und Pflichten des Versicherten nach § 517 nicht ruhen; trifft beides für die reichsgesetzliche Krankenkasse und eine Ersatzkasse, der der Versicherte außerdem noch angehört, zu, so ist erstere für die Leistungen der Berufsgenossenschaft maßgebend (Hanow § 1513 Anm. 12; A. N. 1904 S. 530 Z. 1169).

[2]) E. d. PrOVG. v. 8. 3. 1897, Bd. 31 S. 334.

[3]) A. N. Bd. 11 S. 514 Z. 2514.

ist aber an dem Grundsatz festzuhalten, daß durch solche Vereinbarungen die Rechte des Verletzten gegenüber der Krankenkasse und sein Anspruch auf sofortige Einleitung des Heilverfahrens nicht berührt werden sollen.[1])

Hat die Berufsgenossenschaft infolge Übernahme des Heilverfahrens an den Berechtigten Leistungen gewährt, so kann sie von der Krankenkasse für die bis zur 14. Woche gewährten Leistungen insoweit Ersatz verlangen, als die Krankenkasse zur Gewährung der Leistungen bei nicht erfolgter Übernahme nach Gesetz oder Satzung verpflichtet gewesen wäre.[2]) Die Berufsgenossenschaft kann sonach von der Krankenkasse den Ersatz der Krankenpflegekosten, des Krankengeldes einschließlich des Krankengeldzuschusses nach § 573[3]) und der Leistungen, die sie auf Grund von Krankenkassensatzung zu gewähren hatte, verlangen; einen erhöhten Ersatz wegen der Gewährung von Krankenhauspflege und einen Ersatz des Hausgeldes kann sie dagegen nicht verlangen.[4])

Wie wir gesehen haben, dient die Übernahme des Heilverfahrens dem Interesse des Versicherten und der Berufsgenossenschaft. Das Gesetz will daher die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft während der Wartezeit fördern.[5]) Zu diesem Zwecke ist gemäß § 1512 der Krankenkasse, die im Falle ihrer Leistung der Berufsgenossenschaft gegenüber ersatzberechtigt ist,[6]) die Verpflichtung auferlegt, jede Krankheit, die ein entschädigungspflichtiger Unfall herbeigeführt hat, der Berufsgenossenschaft — die von dem Unfall so bald als möglich Kenntnis erhalten soll, um von dem Rechte des § 1513 Gebrauch machen zu können — binnen 3 Tagen[7]) anzuzeigen, sobald genügender

[1]) vgl. KommBer. V S. 9—14.

[2]) Dieser Ersatzanspruch ist an Stelle des Übergangs des Versichertenanspruchs gegenüber der Krankenkasse auf die Berufsgenossenschaft getreten, durch den die Berufsgenossenschaft im früheren Recht für die Übernahme schadlos gehalten wurde.

[3]) Sofern nicht die Berufsgenossenschaft selbst den Krankengeldzuschuß zu tragen hat (§ 576).

[4]) Hinsichtlich der Höhe des Ersatzes vgl. § 15 d. Abh.

[5]) Begr. S. 456.

[6]) Hanow § 1512 Anm. 3.

[7]) Nach dem früheren Recht war die Krankenkasse erst dann zur Anzeige verpflichtet, wenn die Erwerbsfähigkeit des Verletzten mit dem Ablauf der 4. Woche nach der Krankheit noch nicht wiederhergestellt war (§§ 76 b, 76 d, 76 e KrankVG.).

Anhalt dafür vorliegt, daß die Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalls über die 13 Wochen hinaus beschränkt sein wird; ist der Erkrankte nach Ablauf von 3 Wochen nach dem Unfall noch nicht wiederhergestellt, so ist die Anzeige, auch ohne daß ein Anhalt für eine über 13 Wochen dauernde Erwerbsunfähigkeit vorliegt, längstens bis zu dem Ende der 4. Woche zu erstatten. Die Krankenkasse wird demnach verpflichtet sein, die Dauer der Krankheit baldigst festzustellen; das wird am besten durch Herbeiziehung eines ärztlichen Gutachtens geschehen.

Zur Erstattung der Anzeige ist der geschäftleitende Angestellte der Krankenkasse verpflichtet, wenn nicht der Vorstand einen anderen damit beauftragt. Die Anzeige an eine Berufsgenossenschaft, die in Sektionen eingeteilt ist, hat an den Sektionsvorstand zu ergehen.

Dem Versicherungsamt ist es überlassen, wegen Unterlassung der Anzeige eine Geldstrafe bis zu 20 Mk. festzusetzen; es wird nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen haben, ob die Festsetzung einer Strafe in dem vorliegenden Falle geeignet erscheint. Von einer Bestrafung wird es beispielsweise dann absehen können, wenn nach Lage der Verhältnisse anzunehmen ist, daß die Krankenkasse von dem Vorliegen eines entschädigungspflichtigen Unfalls ohne grobes Verschulden keine Kenntnis hatte.[1]) Gegen den die Strafe festsetzenden Beschluß steht dem Bestraften das Rechtsmittel der Beschwerde zu.[2])

Während die Vorschrift des § 1512 eine Förderung der Übernahme des Heilverfahrens bezweckt, wird durch die Bestimmung des § 1517 der Übernahme entgegengetreten. Gemäß dieser Vorschrift kann die oberste Verwaltungsbehörde anordnen, daß die Überführung des in der Anstalt der Krankenkasse (knappschaftlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse) Verpflegten in die Anstalt der Berufsgenossenschaft vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall — die Überführung wird in der Regel die Folge der Übernahme sein — dann, wenn den Kassen Anstalten mit genügenden Heileinrichtungen zu Gebote stehen, an die Genehmigung der Vor-

---

[1]) Hanow § 1512 Anm. 9.
[2]) Hanow § 1512 Anm. 10.

stände der Kassen oder Kassenverbände gebunden ist. Es soll hierdurch in erster Linie der Kranke vor den nachteiligen Folgen, die eine Überführung möglicherweise für seine Gesundheit mit sich bringt, geschützt werden. Dann bezweckt diese Vorschrift aber auch den Schutz der kleineren Krankenhäuser, deren Lebensfähigkeit durch die Entziehung der Kranken beeinträchtigt wird.[1] [2])

Wie im Falle des § 1513 die Berufsgenossenschaft, so ist im Fall des § 1514 die Krankenkasse der alleinleistende Versicherungsträger.[3]) Gemäß dieser Vorschrift kann die Berufsgenossenschaft die Erfüllung ihrer Pflichten gegen den Verletzten und dessen Angehörige der letzten Krankenkasse des Verletzten, d. h. der Krankenkasse, deren Mitglied der Verletzte von dem Unfall ab gerechnet zuletzt war,[4]) über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus bis zum Ende des Heilverfahrens in dem Umfang übertragen, den sie für geboten hält. Durch diese Bestimmung soll die eine sachgemäße Heilbehandlung beeinträchtigende Unterbrechung, die sich aus der Fortführung der Krankenbehandlung durch die Berufsgenossenschaft, demnach einen anderen Versicherungsträger wie bisher, ergeben kann, vermieden werden.[5]) Nach der Begründung soll die Übertragung auch davon abhängig gemacht werden, daß durch sie weder die Krankenkasse noch der Verletzte schlechter gestellt wird als in dem Falle, in dem die Berufsgenossenschaft selbst die ihr obliegenden Leistungen erfüllt.

Die Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse stellt sich als ein durch Gesetz der Berufsgenossenschaft beigelegtes Recht dar.[6]) Einer Vereinbarung, insbesondere einer Erklärung der Annahme durch die Krankenkasse bedarf es

---

[1]) Düttmann § 1517 Anm. 2.

[2]) Die Bestimmung des § 1513 findet auch Anwendung, wenn knappschaftliche Krankenkassen oder Ersatzkassen in Frage kommen. Für Mitglieder von knappschaftlichen Krankenkassen gilt der nach § 180 bestimmte Grundlohn, für Mitglieder von Ersatzkassen der Grundlohn ihrer Krankenkasse. Die genannten Kassen sind ebenfalls zur Anzeige nach § 1512 verpflichtet, die Ersatzkassen haben die Anzeigepflicht in der Satzung zu regeln (§ 1516).

[3]) Begr. S. 458/59.

[4]) Hanow § 1514 Anm. 7; Düttmann § 1514 Anm. 5.

[5]) Laß, Komm. z. 5. Buch der RVO. zu § 1514.

[6]) Hanow § 1514 Anm. 4.

nicht; es ist vielmehr die Krankenkasse ohne weiteres verpflichtet, die ihr übertragenen Pflichten nach den Weisungen der Berufsgenossenschaft zu erfüllen, und zwar hat sie dies im Namen der Berufsgenossenschaft zu tun; denn es handelt sich lediglich um die Erfüllung fremder Pflichten und nicht um die Übertragung des gesamten Heilverfahrens von der Berufsgenossenschaft auf die Krankenkasse. Zur Ausführung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten kann die Krankenkasse nach § 377 durch das Versicherungsamt angehalten werden. Eine Abweichung von den ihr gegebenen Weisungen wird dann gestattet sein, wenn die Krankenkasse das Einverständnis der Berufsgenossenschaft annehmen kann. Die Krankenkasse kann demnach auch nicht im Falle der Übertragung als der dem Versicherten gegenüber an die Stelle der Berufsgenossenschaft tretende Versicherungsträger angesehen werden. Verpflichtet bleibt vielmehr dem Versicherten gegenüber auch im Falle der Übertragung die Berufsgenossenschaft. Nur an diese kann sich der Berechtigte wegen seiner Ansprüche halten.

Es ist sonach die Übertragung rechtlich als eine von der Berufsgenossenschaft der Krankenkasse erteilte Vollmacht anzusehen,[1]) die sich auf eine vom Gesetz der Berufsgenossenschaft zur Vollmachtserteilung gegebene Ermächtigung gründet. Die vielfach vertretene Auffassung, es handele sich um einen Auftrag, erscheint nicht ganz bedenkenfrei; denn dieser setzt vor allem einen Vertrag zwischen Beauftragtem und Auftraggeber voraus, bei dem der Beauftragte im eigenen Namen handelt.[1]) [2]) Diese Vollmachtserteilung ist für die Ausführung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten durch die Krankenkasse wesentlich; denn ohne solche Vollmacht ist die Krankenkasse zur Wahnehmung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten nicht berechtigt. Würde die Krankenkasse trotzdem ohne Vollmacht handeln, so würde sie für die hierbei gemachten Aufwendungen keinen Ersatzanspruch haben.[3]) Eine nachträgliche Genehmigung durch die Berufsgenossenschaft würde natürlich gestattet sein. Der Berufsgenossenschaft ist es überlassen,

---

[1]) Düttmann § 1514 Anm. 9; Hanow § 1514 Anm. 3.
[2]) Cosack § 67.
[3]) A. N. 1905 S. 411 Z. 2103.

in einem von ihr zu bemessenden Umfang ihre Pflichten auf die Krankenkasse zu übertragen. Sie kann daher sowohl das Heilverfahren, sowie auch die Auszahlung von Renten, wenn auch letzteres über den angedeuteten Zweck der Übertragung hinausgeht, übertragen.[1]) Demnach würde auch die Übertragung der Hinterbliebenenrente erlaubt sein, obgleich ihr nicht eine entsprechende Leistung der Krankenkasse gegenübersteht. Zeitlich ist dagegen die Übertragung durch den Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall und durch das Ende des Heilverfahrens begrenzt; nach Beendigung des Heilverfahrens ist die Krankenkasse daher zur Auszahlung von Renten nicht mehr verpflichtet, auch wenn die Arbeitsunfähigkeit noch andauert.[2])

Wie schon hervorgehoben wurde, soll der Verletzte durch die Übertragung nicht schlechter gestellt werden, als wenn die Berufsgenossenschaft selbst geleistet hätte. Es sind daher die Verpflichtungen der Versicherungsträger gegenüber dem Berechtigten im Falle der Übertragung dieselben wie in dem Falle, daß die Berufsgenossenschaft gemäß § 1510 selbst vorgeleistet hätte. Erfüllt demnach die Berufsgenossenschaft ihre Verpflichtungen, indem sie ihre Leistungen durch die Krankenkasse an den Berechtigten gewährt, so liegt der Krankenkasse nunmehr die Verpflichtung ob, auch ihrerseits zu leisten; gemäß § 1510 hat sie ihre Leistungen abzüglich der Summe des Ersatzanspruchs zu gewähren[3]) (§ 1514 Anm. 3).

Die der Krankenkasse durch die Erfüllung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten erwachsenen Kosten hat die Berufsgenossenschaft ihr zu ersetzen. Hierüber siehe § 15 d. Abh.[4])

---

[1]) Hanow § 1514 Anm. 5.

[2]) A. N. 1889 S. 196 Beschl. 705.

[3]) Hanow § 1514 Anm. 18; Düttmann § 1514 zu Abs. 3.

[4]) Die Bestimmung des § 1514 gilt auch für knappschaftliche Krankenkassen und für Ersatzkassen. Für Mitglieder von knappschaftlichen Krankenkassen gilt der nach § 180 bestimmte Grundlohn, für Mitglieder von Ersatzkassen der Grundlohn ihrer Krankenkasse (§ 1516). In der Seeunfallversicherung kann die Berufsgenossenschaft die Gewährung ihrer Leistungen nicht der Krankenkasse, sondern dem Unternehmer übertragen (§ 1106 Abs. 3).

§ 12.

Anhang.

Vergleichung mit dem Privatversicherungsrecht.

Die Erkenntnis eines Wissensgebietes wird oft dadurch erleichtert, daß man eine diesem Gebiet verwandte Materie zum Vergleich heranzieht. Bevor wir auf die Höhe des Ersatzes und das Verfahren näher eingehen, wollen wir versuchen, in ganz kurzen Zügen einzelne wesentliche Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen den Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zueinander und der Doppelversicherung des privaten Versicherungsrechts, einer unserem Thema in vielen Punkten ähnelnden Materie, uns vor Augen zu führen.

Unter Doppelversicherung versteht man die Versicherung desselben Interesses an denselben Gegenständen für dieselbe Versicherungsdauer gegen dieselben Gefahren bei mehreren Versicherern in der Weise, daß die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen.[1]) Der Eigentümer ist beispielsweise gegen Diebstahl doppelt versichert, wenn er zum zweitenmal bei einem anderen Versicherer sein Interesse an dem Schutz seiner beweglichen Habe gegen Diebstahl für die Zeit, für die er die zuerst genommene Versicherung einging, gegen die Gefahr der bewußt rechtswidrigen Wegnahme durch einen anderen versichert hat, und zwar so, daß ihm bei Eintritt des Versicherungsfalls als Ersatzsumme aus beiden Versicherungen mehr als der bloße Ersatz des Schadens gewährt würde.

Kann auch im öffentlichen Versicherungsrecht, soweit die Versicherung desselben Berechtigten gegen Krankheit und Unfall in Betracht kommt, von einer Doppelversicherung gesprochen werden, deren Merkmale mit der Doppelversicherung des privaten Versicherungsrechts übereinstimmen? Diese Frage kann im allgemeinen bejaht werden; denn der aus der Kranken- und Unfallversicherung des öffentlichen Versicherungsrechts Berechtigte hat zweimal sein

[1]) Ehrenberg, Handb. S. 359; Ehrenberg, Doppelversicherung S. 5 ff.; Gerhard-Hagen zu §§ 58 ff.; vgl. ferner §§ 51 u. 59 ff. VersVG. v. 30. 5. 1908 und §§ 786 ff. HGB.

Interesse an der Erhaltung seiner Gesundheit und Erwerbsfähigkeit für dieselbe Zeitdauer (die ersten 13 Wochen nach dem Unfall) gegen die Gefahren, die ihm durch einen Unfall drohen, bei zwei Versicherungsträgern versichert. Durch diese doppelte Versicherung würde dem Berechtigten der Schaden, den er durch den Unfall erleidet, doppelt, also über die Grenzen des Versicherungswertes hinaus vergütet werden, wenn nicht, insbesondere durch die Verwirklichung des Ersatzanspruchs, die Möglichkeit gegeben wäre, dies zu vermeiden.

Noch schärfer können wir den Vergleich dadurch ziehen, daß wir das Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft, seine Voraussetzungen und Wirkungen gegenüberstellen der doppelten Leistungsverpflichtung in dem oben angegebenen Sinne der Privatversicherung mit den hierfür bestehenden Voraussetzungen und den daraus sich ergebenden Wirkungen.

Wie sich aus der Bezeichnung dieser doppelten Leistungsverpflichtung als „Doppelversicherung" von selbst ergibt, handelt es sich auch in der Privatversicherung um ein Zusammentreffen, nämlich um das Zusammentreffen einer Mehrheit von Leistungsverpflichtungen privater Versicherer.

Betrachten wir nun die Voraussetzungen dieses Zusammentreffens, so können wir feststellen, daß diese mit denen im öffentlichen Versicherungsrecht übereinstimmen. Aus der für die Doppelversicherung des Privatversicherungsrechts gegebenen Erklärung ist zu entnehmen, daß auch für das Zustandekommen dieser Doppelversicherung die Voraussetzungen der Einheit des Leistungsgrundes, der Identität der Person und der Gleichzeitigkeit der Verpflichtung vorliegen müssen. Für die Identität der Person und die Gleichzeitigkeit der Verpflichtung bedarf dies keiner besonderen Erörterung.

Daß ferner die Leistungen der Versicherer ein und denselben Grund haben müssen, ist in der bezeichneten Erklärung mit den Worten, nach denen die Doppelversicherung dasselbe Interesse, denselben Gegenstand betreffen und sich gegen dieselbe Gefahr richten muß, zum Ausdruck gebracht. Die Frage, wann diese Einheit gegeben ist, spielt jedoch auf dem Gebiete der Privatversicherung eine erheblich größere Rolle als im öffentlichen Versicherungsrecht. Es

hängt dies damit zusammen, daß im Privatversicherungsrecht wegen der Fülle der Versicherungsmöglichkeiten das Zusammentreffen einer Mehrheit von Versicherungen häufiger ist als im öffentlichen Versicherungsrecht und es sich in jedem Falle des Zusammentreffens um die oft nicht leicht zu beantwortende Frage nach der Identität des Interesses, des Gegenstandes und der Gefahr handelt. Dies setzt eine genaue Feststellung der genannten Begriffe voraus. Unter ihnen bietet in seiner Bestimmbarkeit und hinsichtlich der Klarlegung seiner Arten besonders große Schwierigkeiten der Interessebegriff.[1]) Hierauf im einzelnen einzugehen, würde zu weit führen. Nur aus folgenden beiden Sätzen mag entnommen werden, welche Bedeutung gerade der Interessebegriff für die Feststellung der Doppelversicherung (Einheit des Leistungsgrundes) hat. Handelt es sich um die Versicherung eines mit einer Hypothek belasteten Grundstücks, so würden bei der gleichzeitigen Versicherung des Substanzinteresses (Verwertungsinteresses) und des Nutzungsinteresses (Gebrauchsinteresses) beide Versicherungswerte wegen der Verschiedenartigkeit der Interessen zusammengerechnet werden können, ohne daß eine Doppelversicherung entsteht; sofern jedoch außer dem Substanzinteresse das Pfandinteresse versichert ist, sind beide Versicherungswerte voneinander abzuziehen, wenn es zu keiner Doppelversicherung kommen soll.[2]) Und ferner: die Doppelversicherung des Privatversicherungsrechts (Einheit des Leistungsgrundes) ist auch dann gegeben, wenn das Risiko, das von beiden Versicherern übernommen wird, in seinem Umfang nicht übereinstimmt. Denn es handelt sich hier nicht, wie vielfach angenommen wird, um verschiedenartige Interessen, sondern nur um eine Verschiedenheit des Risikos.[3])

Für die Doppelversicherung des privaten Versicherungsrechts wird nun weiter vorausgesetzt, daß die Versicherungssummen in

---

[1]) Interesse ist jede Beziehung von Vermögenswert, in der eine Person zu einer anderen Person oder zu einer Sache, oder zu einem sonstigen Objekt steht, dergestalt nämlich, daß aus dem Schicksal dieses Objekts für jene Person wirtschaftliche Vorteile oder Nachteile erwachsen können (Ehrenberg, Versicherungswert S. 369ff.); vgl. ferner Ehrenberg, Interesse S. 4.

[2]) Ehrenberg, Interesse S. 30, 66.

[3]) Ehrenberg, Interesse S. 22, 43.

ihrer Gesamtheit den Versicherungswert,[1]) d. h. den vollen Wert des versicherten Interesses übersteigen. Daß auch für ein rechtswirksames Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft das entsprechende Erfordernis gilt, daß nämlich die Leistungen der Versicherungsträger zusammen den vollen Ersatz des erlittenen Schadens übersteigen, ergibt sich von selbst. Denn das hervorragendste Merkmal der öffentlichen wie der privaten Doppelversicherung ist ja gerade, daß dem Berechtigten von beiden Verpflichteten eine über den vollen Ersatz des Schadens hinausgehende Leistung gewährt wird, die im Interesse der Beteiligten ein Eingreifen durch das Gesetz notwendig macht. Im öffentlichen Versicherungsrecht ist aber dieser Voraussetzung im Gesetze nicht ausdrücklich Erwähnung getan, insbesondere entbehrt es des Begriffes des Versicherungswertes (§ 1501 RVO., § 51 VersVG. v. 30. 5. 1908); es bedarf dessen nicht, da die Leistungen der Versicherungsträger im Gegensatz zu der Mehrzahl der Leistungen der privaten Versicherer im Gesetz festgelegt sind und für sich den vollen Ersatz des Schadens begründen — im Privatversicherungsrecht ist es denkbar, daß erst die Leistungen aus beiden Versicherungen zusammen den Versicherungswert erschöpfen[2]) —, so daß der Berechtigte durch die Leistungen beider Versicherungsträger mehr als den vollen Ersatz erhalten muß.

Welches sind nun die Wirkungen des Zusammentreffens der Leistungsverpflichtungen im Privatversicherungsrecht?[3]) Wir stoßen hier auf denselben Grundsatz, den wir bei der Betrachtung der Wirkungen kennen lernten, die sich aus dem Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft ergeben. Es ist der Grundsatz, nach dem der Doppelleistung entgegenzutreten ist; es soll der Versicherte seinen Schaden nur einmal und also nur innerhalb der Schranken des Versicherungswerts ersetzt erhalten. Der Zweck dieses Grundsatzes kann auf verschiedenen Wegen erreicht werden. Nach dem einen System ist die spätere Versicherung unwirksam, nach dem anderen haftet jeder

---

[1]) Ehrenberg, Versicherungswert S. 376 ff.
[2]) Ehrenberg, Handb. S. 360 Ziff. 1.
[3]) Ehrenberg, Handb. S. 370 ff.

Versicherer nur auf einen Teil des Ersatzes, nach einem dritten findet die gesamtschuldnerische Haftung der Versicherer statt (vgl. § 59 VersVG. v. 30. 5. 1908). Dieses System (englisch-amerikanisches System) steht in seinen Grundzügen demjenigen am nächsten, nach dem die Wirkungen geregelt sind, die sich aus dem Zusammentreffen der Leistungsverpflichtungen von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft ergeben. Auf Grund der gesamtschuldnerischen Haftung des letztgenannten Systems kann jeder Versicherer von dem Berechtigten auf die ganze Ersatzsumme in Anspruch genommen werden; mit der Zahlung von seiten eines einzigen Versicherers ist die ganze Sache für den Versicherungsvertrag erledigt. Soweit jedoch die Verpflichtungen im Verhältnis der Versicherer zueinander und der Versicherungsträger zueinander in Betracht kommen, weichen, wie sich aus der Natur der Sache ergibt, die beiden Systeme von einander ab. Während im öffentlichen Versicherungsrecht der eine Versicherungsträger (die Berufsgenossenschaft) in jedem Falle in der Hauptsache als primär verpflichtet anzusehen ist, so daß er dem zahlenden anderen Versicherungsträger (Krankenkasse) ersatzpflichtig ist, kann die Art der Verpflichtung (ob primär oder subsidiär) in der Privatversicherung nicht grundsätzlich festgestellt werden. Dort sind die Versicherer untereinander nach Maßgabe der Verträge verpflichtet, auf Grund deren sie dem Versicherungsnehmer gegenüber zu leisten haben.

Viertes Kapitel.

Die Höhe des Ersatzes.

§ 13.

Allgemeine Grundsätze.

Die Berechnung der Höhe des Ersatzanspruchs der Krankenkasse im Falle ihrer Leistung ist nicht ganz einfach. Zur Klarstellung des Berechnungsverfahrens wird es beitragen, wenn, bevor auf das Einzelne eingegangen wird, die allgemeinen Grundsätze erörtert werden. Wie zugleich bemerkt wird, ist die Höhe des Ersatzanspruchs auch maßgebend für die im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft anzustellende Berechnung, da, wie schon früher erwähnt, die berufsgenossenschaftlichen Leistungen in Höhe der Summe des Ersatzanspruchs der Krankenkasse auf die Krankenkassenleistungen anzurechnen sind (§ 1510).

Bei der Berechnung der Höhe des Ersatzanspruchs ist zu unterscheiden zwischen den Leistungen der Krankenkasse, die aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft (Krankenpflegeleistungen einschließlich der Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3), ferner den Leistungen, die aus der Unfallrente (Krankengeld, Unterhalt im Krankenhause, Hausgeld) zu ersetzen sind (§ 1501), und endlich dem Sterbegeld der Krankenkasse, dem das Sterbegeld der Berufsgenossenschaft als Ersatzmasse dient.

Für die aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft zu ersetzenden Leistungen ist nur die Höhe des Ersatzes unabhängig von den berufsgenossenschaftlichen Leistungen zu ermitteln (§ 1503 Abs. 1).

Der Ersatz des Sterbegeldes bedarf keiner besonderen Berechnung, da das Sterbegeld ohne weiteres aus dem Sterbegeld der Berufsgenossenschaft bis zu dessen Höhe, und zwar von demjenigen, der das Begräbnis besorgt hat, zu ersetzen ist (§§ 1502, 203).

Hinsichtlich derjenigen Leistungen, die aus der Unfallrente zu ersetzen sind, ist der Betrag, in dessen Höhe der Ersatzanspruch geltend gemacht werden kann, festzustellen, zunächst durch Bemessung der Höhe des Ersatzes[1]) grundsätzlich bis zur Hälfte der Unfallrente, die auf die Zeit fällt, für welche die Ansprüche auf die Kassenleistungen und die Rente zusammentreffen, und sodann durch die Bemessung der Höhe des auf diese Weise gefundenen Betrages grundsätzlich bis zur Hälfte der für die Verwirklichung des Ersatzanspruchs zur Verfügung stehenden Renten. Während es sich bei der ersten Berechnung um die Feststellung des Umfangs des Ersatzanspruchs unabhängig von den einzelnen für die Verwirklichung des Ersatzanspruchs zur Verfügung stehenden Renten handelt, betrifft die zweite Berechnung die Höhe des Ersatzes für den in seinem Umfang bestimmten Ersatzanspruch beim Zugriff auf diese Renten[2]) (§§ 1506, 1507).

Indem das Gesetz den Ersatz grundsätzlich nur bis zur Hälfte der Unfallrente gestattet, verfolgt es den Zweck, dem erwerbslosen Versicherten zur Deckung seines Unterhaltes neben dem Krankengeld noch einen Teil der Unfallrente zu belassen.

Was ferner den Grundsatz des Gesetzes anbetrifft, bei der Berechnung der Höhe des Ersatzanspruchs zunächst die Hälfte der Unfallrente festzustellen, die der Berechtigte während der Zeit der Leistungsverpflichtung der Krankenkasse beanspruchen kann, so soll durch dieses Berechnungsverfahren der Versicherte sowohl für den Fall der Leistung durch die Krankenkasse als der durch die Berufsgenossenschaft in seinem Anspruch gegen die Versicherungsträger gleichmäßig behandelt werden. Zur Begründung ist davon auszugehen, daß die Berufsgenossenschaft ihre Leistungen vor der Krankenkasse gewährt und das Anrechnungsverfahren stattzufinden hat. Bei dem dann zu berechnenden Ersatzanspruch (§ 1510 letzter Satz) sind die Krankenkassenleistungen und die Unfallrente, nach deren Höhe der Umfang des Ersatzanspruchs zu bemessen ist, fest-

---

[1]) Für den Unterhalt im Krankenhause ist ein Pauschbetrag festgesetzt, dessen Höhe zunächst zu berechnen ist (§ 1503 Abs. 2 Satz 2).

[2]) Begr. S. 446 ff.

gelegt. Es sind dies gemäß § 1510 die von der Berufsgenossenschaft gewährten Leistungen und die Krankenkassenleistungen, die zur gleichen Zeit zu gewähren sind. Im Falle der Krankenkassenleistung ist dagegen die Möglichkeit gegeben, die Höhe des Ersatzes nicht nur nach der Höhe der zur gleichen Zeit zu gewährenden berufsgenossenschaftlichen Leistung, sondern auch nach der Höhe der einzelnen für den Zugriff zur Verfügung stehenden Renten zu berechnen. Die Rente zur Zeit der Krankenkassenleistung kann aber höher oder niedriger sein als die zur Zeit der Verwirklichung derselben. Es ist daher nicht ausgeschlossen, daß bei der im Falle der Krankenkassenleistung anzustellenden Berechnung, der die zur Zeit des Zugriffs bestehende Unfallrente zugrunde gelegt wird, sich ein höherer oder niedrigerer Ersatzanspruch ergibt als bei der Berechnung des Ersatzanspruchs im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft, dem die Rente zugrunde gelegt wird, die zur Zeit der Leistungsverpflichtung der Krankenkasse besteht. Der Möglichkeit einer sich auf diese Weise im Falle der Krankenkassenleistung und im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft ergebenden ungleichmäßigen Behandlung des Versicherten will das Gesetz durch die Festlegung der Berechnung bei der Feststellung des Umfangs des Ersatzanspruchs vorbeugen.

Das Gesetz v. 6. 7. 1884 weist hinsichtlich der Berechnung der Höhe der Ersatzleistungen keine Berührungspunkte mit dem heutigen Rechte auf. Es kennt nicht die Unterscheidung zwischen der Berechnung des Umfangs des Ersatzanspruchs und der Höhe des Zugriffs für den Ersatzanspruch; auch ist in dem alten Recht noch nicht der Grundgedanke des heutigen Rechts vorhanden, dem Unfallverletzten bei Geltendmachung des Ersatzanspruchs einen Teil der Unfallrente zu belassen. Denn die Entschädigung der Krankenkasse bestand in dem Übergang des Versichertenanspruchs hinsichtlich der für die Unterstützungszeit fälligen Rententeile auf die Krankenkasse.

Demgegenüber steht das Gesetz v. 30. 6. 1900 dem heutigen Recht näher. Wenn auch nach den Bestimmungen dieses Gesetzes (§ 25) ausdrücklich eine Unterscheidung zwischen der Berechnung des Umfangs des Ersatzanspruchs und der Höhe des Zugriffs für den Ersatzanspruch nicht gemacht wurde, so glaubte man doch

aus der Fassung dieser Bestimmungen entnehmen zu sollen, daß zunächst der zu überweisende Betrag aus der Rente, auf welche der Unfallverletzte zur Zeit der Unterstützung seitens der Krankenkasse Anspruch hatte, zu berechnen sei und hierauf die Berechnung der Höhe des Zugriffs, der auf beliebige Rententeile erfolgen könne, stattzufinden habe.[1]) Was die Höhe des Ersatzes anlangt, so vertrat das Gesetz von 1900 den Standpunkt des heutigen Rechts, mit Rücksicht auf den Unfallverletzten die Rente nicht in ihrem vollen Betrage zu überweisen. Es kam die Berechnung in Betracht, die bei der sogen. vorübergehenden Unterstützung (die Unterstützung, deren Dauer begrenzt ist wie bei der Unterstützung durch eine reichsgesetzliche Krankenkasse) stattzufinden hatte im Gegensatz zu der fortlaufenden Unterstützung (Unterstützung durch Armenverbände). Hiernach war bei der vorübergehenden Unterstützung für den Umfang des Ersatzanspruchs und die Höhe des Zugriffs höchstens die Hälfte dreier Monatsbeiträge als Ersatz festgesetzt.[2])

§ 14.

Die Berechnung im Falle der Krankenkassenleistung.

1. Die Berechnung bei den Leistungen, die aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft zu ersetzen sind.

a) Für die Krankenpflegeleistungen (§ 182 Ziff. 1) ist ein Pauschbetrag, gleichgültig, ob diese Leistungen im Krankenhause oder außerhalb des Krankenhauses gewährt werden, festgesetzt.

Im früheren Recht galt als Pauschbetrag die Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes der Kasse; es war der Krankenkasse jedoch überlassen, höhere Aufwendungen nachzuweisen. Unter dem gesetzlichen Mindestbetrag, dessen Begriff im Gesetz nicht näher erläutert war, wurde nach der überwiegenden Ansicht die Hälfte des dem betreffenden Unfallverletzten nach dem Gesetz im Gegensatz zur Satzung zukommenden Mindestbetrages des Krankengeldes verstanden. Nach anderer Ansicht war der gesetzliche Mindestbetrag nicht der geringste Betrag des Krankengeldes, das der Unfall-

[1]) Handb. der UnfVers. § 25 S. 329; Begr. z. UVG. v. 30. 6. 1900 S. 65.
[2]) v. Woedke § 25 Anm. 7 u. 8.

verletzte beanspruchen konnte, sondern die Hälfte des Krankengeldes der bei der Krankenkasse bestehenden niedrigsten Lohnklasse.[1])

Nach dem heutigen Recht ist für den Ersatz der Krankenpflegekosten der Grundlohn maßgebend, nach dem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt und zwar sind für die Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns als Pauschbetrag zu ersetzen (§ 1503). Nur dann, wenn die Krankenkasse nicht die gesamte Krankenpflege, sondern beispielsweise nur ein „kleineres Heilmittel" (§ 182 Ziff. 1) ohne ärztliche Behandlung gewährt, wie es den versicherungsfreien Familienmitgliedern des Versicherten häufig zuteil wird (§ 205), wird der Ersatz nicht in Höhe des Pauschbetrags gezahlt.[2]) Er ist hier vielmehr nach dem Aufwand zu gewähren, da der Ersatz in Höhe des Pauschbetrags die Gewährung der gesamten Krankenpflege voraussetzt. Für den Fall der Gewährung von Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder ist ferner bemerkenswert, daß für den Ersatz der Krankenpflege das Krankengeld maßgebend ist, das dem Versicherten, nicht den Familienmitgliedern selbst gewährt wird.[3])

Beispiel:

Dem durch Unfall erkrankten Versicherten ist nach Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall während 8 Tagen von der Krankenkasse Krankenpflege zuteil geworden. Der Grundlohn des Versicherten beträgt 5 Mk. täglich. In diesem Falle hat die Krankenkasse einen Ersatzanspruch in Höhe von

$$^3/_8 \cdot 5 \cdot 8 = 15 \text{ Mk.}$$

b) Die Hilfsmittel nach § 187 Ziff. 3 werden nach Höhe des Aufwandes ersetzt, weil sich ein angemessener Pauschsatz, der wie bei dem Ersatz für Krankenpflege in Bruchteilen des Grundlohns ausgedrückt wird, nicht ermitteln läßt.[4])

2. Die Berechnung bei den Leistungen, die aus der Unfallrente zu ersetzen sind.

a) Die Berechnung des Umfangs des Ersatzanspruchs.

Hat die Krankenkasse Krankengeld[5]) gewährt, so ist dies der

[1]) v. Woedke § 11 Anm. 7; E. d. SächsOVG. v. 9. 11. 1904; Düttmann Komm. z. InvVG. Anm. 6 zu § 19.

[2]) Düttmann § 1503 Anm. 3.

[3]) Düttmann § 1503 Anm. 5.

[4]) KommBer. V S. 3/4.

[5]) Der Ersatz für das Hausgeld ist ebenso wie der Ersatz für das Krankengeld zu berechnen; es wird dem Krankengeld hinzugezählt (§§ 186, 1505).

Unfallrente, die von der Berufsgenossenschaft für die gleiche Zeit zu leisten ist, gegenüberzustellen. Ist das Krankengeld geringer als die halbe Unfallrente oder kommt es ihr gleich, dann erhält die Krankenkasse vollen Ersatz. Ist es dagegen höher als die halbe Unfallrente, so erhält die Krankenkasse nur den Betrag der halben Unfallrente als Ersatz. In beiden Fällen erhält der Versicherte von Krankenkasse und Berufsgenossenschaft mindestens den Betrag, der der ganzen Unfallrente gleichkommt; in dem Falle, daß das Krankengeld höher ist als die halbe Unfallrente, wird ihm sogar eine Doppelleistung zuteil, denn er erhält die volle Leistung der Krankenkasse zuzüglich der halben Unfallrente.[1])

Im Falle der Gewährung von Krankenhauspflege ist für den Unterhalt im Krankenhause zunächst die Hälfte des Grundlohns als Pauschbetrag anzusetzen und sodann der Ersatz für diesen Betrag ebenso wie der Ersatz für das Krankengeld zu berechnen (§ 1503 Abs. 2 Satz 2). Wird den Angehörigen des Versicherten Hausgeld nach §§ 186, 194 Ziff. 1 oder dem Versicherten selbst neben der Krankenhauspflege noch ein besonderes Krankengeld nach § 194 Ziff. 2 gewährt, so sind diese Beträge der Hälfte des Grundlohns des Versicherten hinzuzurechnen.[2]) Die auf diese Weise sich ergebende Summe ist aus der Unfallrente zu ersetzen (§ 1505).

Eine andere Berechnungsart findet statt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten vollständigen Unterhalt in einer Anstalt gewährt hat. Wie erwähnt, soll mit Rücksicht auf den Versicherten der Ersatzanspruch grundsätzlich nur bis zur halben Höhe der laufenden Unfallrente geltend gemacht werden können. Erhält aber der Versicherte vollständigen Unterhalt in einer Anstalt, so bedarf es einer solchen Rücksichtnahme nicht; denn in diesem Falle besteht keine Veranlassung zur Deckung der Notdurft des Versicherten (s. § 12), da seine Lebensbedürfnisse durch die Gewährung des vollständigen Unterhalts befriedigt werden. Es kann daher in Abweichung von dem früheren Recht, nach dem in jedem Falle die Überweisung nur des halben Betrags der Rente gestattet war, der Ersatzanspruch bis zur vollen Höhe der Unfallrente geltend

---

[1]) Begr. S. 446, s. d. Beispiele; vgl. ferner § 9 d. Abh.

[2]) Begr. S. 449, 450 ff.

gemacht werden, wenn die Krankenkasse vollständigen Unterhalt in einer Anstalt gewährt. Durch die Gewährung des Ersatzes bis zur vollen Höhe der Unfallrente soll zugleich vermieden werden, daß die Unfallrente, die den in der Anstalt völlig versorgten Personen zum Überfluß zufallen würde, von diesen Personen gemißbraucht wird, z. B. durch den Gebrauch des Geldes zum übermäßigen Genuß alkoholischer Getränke.[1]) Es fragt sich, was unter dem vollständigen Unterhalt in einer Anstalt zu verstehen ist. Daß der Unfallverletzte in der Anstalt vollständig unterhalten wird, ist grundsätzlich dann anzunehmen, wenn er dauernd oder doch für lange Zeit gänzlich aus seinen bisherigen Lebensverhältnissen und seiner Erwerbsstellung herausgerissen ist. Der Umstand, daß dem Unfallverletzten Anstaltskleidung zuteil wird oder daß er, wie es teilweise geschieht, ein Taschengeld erhält oder anderseits Aufwendungen für die Beibehaltung seiner bisherigen Wohnung oder die Unterbringung seiner Habe zu machen genötigt ist, kann wohl einen Anhalt dafür bieten, daß der Unfallverletzte vollständig unterhalten wird oder nicht, aber nicht hierfür entscheidend sein.[2])

b) Die Berechnung der Höhe des Zugriffs für den Ersatzanspruch.

Im früheren Recht war es nicht deutlich zum Ausdruck gebracht, in welcher Höhe die Krankenkasse den Zugriff auf die einzelnen Rententeile ausüben kann.[3]) Es war vielfach die Ansicht vertreten, daß beim Zugriff auf die Rentenbeträge die Einschränkungen der Absätze 4 u. 5 des § 25, nach denen nur die Hälfte dreier Monatsbeiträge in Anspruch genommen werden konnte, dann nicht zu berücksichtigen seien, wenn es sich um Rentenrückstände handele. Man folgerte: Die Vorschriften der Absätze 4 u. 5 bezögen sich nur auf den Ersatz aus künftigen Renten; da es aber möglich sei, die Ersatzforderung auch aus rückständigen Renten zu befriedigen, so bezöge sich die beschränkte Ersatzmöglichkeit der Absätze 4 u. 5 nicht auf rückständige Beträge. Bezüglich dieser sei ein Zugriff in voller Höhe der Rentenbeträge berechtigt.

---

[1]) Begr. S. 445.
[2]) A. N. 1913 S. 673 Nr. 1750.
[3]) Begr. S. 447.

Die herrschende Meinung widerlegte diese Ansicht damit, daß es an einer diesbezüglichen ausdrücklichen Vorschrift fehle. Heute können, wie sich aus der weiteren Darstellung ergeben wird, rückständige Beträge bis zur vollen Höhe in Anspruch genommen werden.

Ist nach heutigem Recht der Umfang des Ersatzanspruchs unter Gegenüberstellung der von der Krankenkasse gewährten Leistungen mit den gleichzeitig zu gewährenden berufsgenossenschaftlichen Leistungen berechnet, so handelt es sich nunmehr um die Berechnung der Höhe des Ersatzes für die ermittelten Beträge beim Zugriff auf die einzelnen für die Verwirklichung des Ersatzanspruchs zur Verfügung stehenden Rententeile. Hier gilt hinsichtlich der Höhe das gleiche wie bei der vorher anzustellenden Berechnung. Grundsätzlich kann der Zugriff[1]) auch hier mit Rücksicht auf die Deckung der notwendigen Lebensbedürfnisse der Berechtigten nur bis zur halben Höhe der Rentenbeträge erfolgen; es ist dagegen eine volle Inanspruchnahme der Rentenbeträge gestattet, die während der Zeit zu leisten sind, während welcher die Krankenkasse vollständigen Unterhalt in einer Anstalt gewährt. Gewährt die Berufsgenossenschaft vollständigen Unterhalt in einer Anstalt, so kann diese berufsgenossenschaftliche Leistung für den Zugriff nicht in Frage kommen, da dieser die Gewährung von Renten voraussetzt. Es ist dies im Gesetz durch den Hinweis auf § 1506 Abs. 2 Satz 1 zum Ausdruck gebracht, der die Gewährung des vollständigen Unterhalts in einer Heilanstalt durch die Krankenkasse und nicht durch die Berufsgenossenschaft betrifft[2])[3]) (§ 1507).

---

[1]) s. § 13 d. Abh.

[2]) Begr. S. 448, 449.

[3]) Im Falle der Gewährung von Heilanstaltspflege durch die Berufsgenossenschaft (vollständige oder nur teilweise Unterhaltung) stehen der Krankenkasse für den Zugriff die Renten zur Verfügung, die nachträglich gewährt werden (§ 584) oder für eine spätere Zeit fällig werden. Denn der Krankenkasse ist es, wie früher erwähnt, überlassen, welche von den zur Verfügung stehenden Renten sie in Anspruch nehmen will (§ 5 d. Abh., Begr. S. 447). Der Fall, daß die Berufsgenossenschaft Heilanstaltspflege gewährt hat und zugleich die Krankenkasse einen Ersatzanspruch hat, ist beispielsweise dann gegeben, wenn nach Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall zunächst die Krankenkasse leistet und hierauf die Berufsgenossenschaft Heilanstaltspflege gewährt.

Beispiele:

Es wird angenommen, daß die Krankenkassenleistungen nach dem Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall gewährt werden.

1. Den Umfang betreffend:

a) Das Krankengeld beträgt 5 Mk., die auf denselben Zeitraum wie das Krankengeld entfallende Unfallrente 12 Mk. In diesem Falle ist der Ersatzanspruch bis zur vollen Höhe des gezahlten Krankengeldes begründet, da es nicht mehr als die halbe Unfallrente beträgt. — Das Krankengeld beträgt 7 Mk., die Unfallrente für die gleiche Zeit 12 Mk. In diesem Falle ist der Ersatzanspruch nur in Höhe von 6 Mk. begründet, da das Krankengeld die Hälfte der Unfallrente übersteigt.

b) Der Unfallverletzte ist während eines Zeitraumes von 8 Tagen im Krankenhause vollständig verpflegt worden; für die Angehörigen des Versicherten ist Hausgeld gezahlt (§ 186). In diesem Falle ist bei einem Grundlohn des Versicherten von 5 Mk. anzusetzen

für den Unterhalt $^1/_2 \cdot 5 \cdot 8 = 20$ Mk.
für das Hausgeld $^1/_2 \cdot {}^1/_2 \cdot 5 \cdot 8 = 10$ Mk.
30 Mk.

Für diese Summe von 30 Mk. ist der Umfang des Ersatzes zu berechnen. Die während der Gewährung der Krankenhauspflege laufende Unfallrente beträgt 40 Mk. Dann ist der Ersatzanspruch in Höhe von 20 Mk. begründet.

Die Höhe, in welcher für den in seinem Umfang bestimmten Ersatzanspruch (1 a u. b) zugegriffen werden kann, ist im § 1507 näher dargelegt (s. oben); insbesondere ist für den Zugriff die Höhe der nach § 584 nachträglich gewährten Rente wesentlich (s. unter 2).

2. Den Zugriff betreffend.

Die gemäß § 584 für die Zeit der Gewährung von Krankengeld nachträglich gewährte Rente beträgt 12 Mk. Dann kann die Krankenkasse wegen eines in seinem Umfang bestimmten Ersatzanspruchs von 7 Mk. sich aus dieser rückständigen Rente von 12 Mk. auf einmal befriedigen. Würde der Ersatzanspruch die Höhe des rückständigen Betrages übersteigen, so kann die Krankenkasse auf andere Rententeile bis zu deren halber Höhe so lange zugreifen, bis sie gedeckt ist.

Die Krankenkasse hat während 4 Tagen vollständigen Unterhalt in einer Anstalt gewährt. Der in seinem Umfang bestimmte Ersatzanspruch beträgt 7 Mk. Nachträglich wird dem Verletzten eine Unfallrente von 12 Mk. gewährt. Dann kann die Krankenkasse sich sofort aus dieser Rente befriedigen.

Einer besonderen Erörterung bedarf noch der Fall, daß mehrere Ansprüche aus derselben Zeit auf Ersatz aus der Unfallentschädigung nebeneinander bestehen.[1]) Dies ergibt sich dann, wenn außer der Krankenkasse noch eine andere Unterstützungskasse (§ 1528) oder ein Armenverband (§§ 1531 ff.) oder der Betriebsunternehmer oder

[1]) Begr. S. 451 ff.

die Kassen des § 1541 geleistet haben. Der Ersatz für diese Ansprüche wird bei gleichem Anrecht auch hier zunächst in seinem Umfang bis zur halben Höhe der Unfallrente berechnet, die auf die Zeit fällt, für welche die Ansprüche auf Rente und die Leistungen der genannten Verpflichteten zusammentreffen. Reicht die halbe Unfallrente zur Deckung der Ansprüche nicht aus, so ist die Höhe des Ersatzes nach Verhältnis der Höhe der Ansprüche zu begrenzen.

Was den Zugriff dieser Ersatzansprüche auf die einzelnen Rentenbeträge anlangt, so ist zu unterscheiden zwischen Rentenrückständen und anderen Rententeilen. Sind Rentenrückstände vorhanden, so kann der Zugriff für jeden Ersatzberechtigten bis zur vollen Höhe der Rente erfolgen, im übrigen kann nur die halbe Rente in Anspruch genommen werden. Soweit die Ersatzberechtigten bei dem Zugriff auf denselben Rententeil volle Deckung nicht erlangen, sind sie berechtigt, den Rententeil unter sich nach Verhältnis der Höhe der Ansprüche zu teilen, und soweit sie hierdurch noch nicht befriedigt werden, können sie andere Rentenbeträge unter denselben Bedingungen in Anspruch nehmen, wobei wieder ein Zusammentreffen verschiedener Ersatzberechtigter denkbar ist. Es macht hierbei keinen Unterschied, ob die Ersatzansprüche zur gleichen Zeit oder zu verschiedenen Zeiten entstanden sind, da hinsichtlich des Zugriffs die Ersatzberechtigten an bestimmte Rententeile nicht gebunden sind.

§ 15.

Die Berechnung im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft.

Gemäß der Vorschrift des § 1510 kann die Krankenkasse im Falle der Vorleistung durch die Berufsgenossenschaft auf ihre Leistungen, die sie gemäß § 1501 während der Zeit, während welcher die Berufsgenossenschaft geleistet hat, gewähren muß, die von der Berufsgenossenschaft gewährten Leistungen anrechnen; die Anrechnung ist in Höhe des Ersatzanspruchs gestattet, den die Krankenkasse für den Fall, daß sie während der Zeit der berufs-

genossenschaftlichen Leistung geleistet hätte, wegen dieser Leistungen nach den früher erörterten Vorschriften aus den jetzt von der Berufsgenossenschaft gewährten Leistungen[1]) haben würde. Man hat es also im Anrechnungsverfahren mit einem fingierten Ersatzanspruch zu tun. Denn von einem wirklichen Ersatzanspruch kann nur gesprochen werden, wenn die Krankenkasse tatsächlich geleistet hat.

Das Anrechnungsverfahren gestaltet sich nun in der Weise, daß die Krankenkasse zunächst den Ersatzanspruch unter Gegenüberstellung der von der Berufsgenossenschaft gewährten Leistungen[2]) mit den Leistungen, die sie gemäß § 1501 gleichzeitig zu gewähren hat,[3]) nach den Vorschriften der §§ 1502—1506 berechnet und hierauf die von ihr zu gewährenden Leistungen um die Summe des Ersatzanspruchs vermindert. Der hieraus sich ergebende Betrag steht gleich der von der Krankenkasse noch an den Versicherten zu gewährenden Leistung. Hierbei wird das berufsgenossenschaftliche Sterbegeld auf das Sterbegeld der Krankenkasse und die Unfallrente auf das Kranken- und Hausgeld angerechnet.[4])

Im einzelnen wird die Höhe dieses fingierten Ersatzanspruchs folgendermaßen berechnet[3]):

1. Der Ersatzanspruch hinsichtlich des Sterbegelds ist bis zur Höhe der Summe des berufsgenossenschaftlichen Sterbegelds begründet (§ 1502).

2. Hinsichtlich der aus der Unfallrente zu ersetzenden Leistungen kommt es darauf an, in welcher Form die Berufsgenossenschaft geleistet hat.

a) Hat die Berufsgenossenschaft Unfallrente gewährt, so ist dieser Leistung gegenüber auf seiten der Krankenkasse Krankengeld anzusetzen und der Ersatzanspruch für das Krankengeld bis zur Hälfte der Unfallrente begründet.

---

[1]) Über die Form, in welcher die berufsgenossenschaftlichen Leistungen bei der Berechnung dieses Ersatzanspruchs anzusetzen sind, s. unten.

[2]) Über die Form, in welcher die berufsgenossenschaftlichen Leistungen bei der Berechnung dieses Ersatzanspruchs anzusetzen sind, s. unten.

[3]) Der Ersatzanspruch für die Krankenpflegeleistungen ist nicht zu berechnen, s. § 9 d. Abh.; vgl. ferner Hanow § 1510 Anm. 9.

[4]) §§ 5—7 d. Abh.

b) Die Berufsgenossenschaft gewährt Heilanstaltspflege.[1]) Dann ist auf seiten der Krankenkasse Krankenpflege und das wirkliche Krankengeld und auf seiten der Berufsgenossenschaft die Vollrente anzusetzen. Der Ersatzanspruch ist bis zur halben Höhe der Vollrente begründet (§ 1506 Abs. 1 u. 3).

c) Die Berufsgenossenschaft gewährt vollständigen Unterhalt in einer Anstalt. Dann erfolgt die Ansetzung der Leistungen wie unter b). Der Ersatzanspruch ist jedoch bis zur vollen Höhe der Unfallrente begründet[2]) (§ 1506 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3).

Beispiel:

Die Berufsgenossenschaft gewährt von der 14. Woche nach dem Unfall dem Unfallverletzten Heilanstaltspflege. Die Vollrente beträgt für die Zeit der gewährten Heilanstaltspflege 20 Mk., das auf die gleiche Zeit entfallende Krankengeld 15 Mk. In diesem Falle hat die Krankenkasse einen Ersatzanspruch bis zur Höhe von 10 Mk. Bei Anrechnung dieser Summe auf das Krankengeld ergibt sich, daß die Krankenkasse noch 5 Mk. zu leisten hat. Hätte die Berufsgenossenschaft vollständigen Unterhalt in einer Heilanstalt gewährt, so würde die Krankenkasse einen Ersatzanspruch von 15 Mk. haben und demnach nichts mehr leisten brauchen.

Der Berechnung der Höhe eines fingierten Ersatzanspruches bedarf es nicht im Falle des § 1511. Denn es handelt sich, wie wir erörterten, in diesem Falle um die durch Krankenkassensatzung getroffene Bestimmung, daß bei einer Krankheit, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls ist, für die Zeit, für die Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, Krankengeld nur so weit zu zahlen ist, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt. Macht die Krankenkasse von diesem Rechte Gebrauch, so wird sie sich im allgemeinen günstiger stehen, da dem Versicherten eine geringere Krankenkassenleistung zuteil wird. Denn der Betrag des Ersatzanspruchs, der auf die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse gemäß § 1510 angerechnet wird, ist niedriger als die berufsgenossenschaftliche Leistung, um deren Betrag die Krankenkassenleistung im Falle des § 1511 vermindert wird.

Beispiel:

Die Berufsgenossenschaft hat Unfallrente vorgeleistet, und zwar in Höhe von 30 Mk. Das Krankengeld für die Zeit der berufsgenossenschaftlichen Leistungsverpflichtung beträgt 20 Mk.

---

[1]) Begr. S. 450.

[2]) vgl. § 14 d. Abh. unter 2a.

Die Krankenkasse würde bei Anrechnung des Betrages des Ersatzanspruchs (§ 1510) 20 Mk. — 15 Mk. = 5 Mk. zu leisten haben, während sie im Falle des § 1511 nichts mehr zu leisten hätte.

Besteht im Falle des § 1511 die berufsgenossenschaftliche Leistung in der Gewährung von Heilanstaltspflege, so wird der Unterhalt in dieser Anstalt gleich der Vollrente gerechnet (§ 1511 Satz 2).

§ 16.

Die Berechnung der Ersatzleistungen in den Fällen der §§ 1513 u. 1514 RVO.

Gemäß der Vorschrift des § 1513 Abs. 2 kommen als Leistungen, die von der Krankenkasse der Berufsgenossenschaft im Falle der Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft zu ersetzen sind, das Krankengeld und die Krankenpflegeleistungen in Betracht. Diese Vorschrift weicht von dem früheren Recht ab;[1]) denn dieses ließ im Falle der Übernahme nur den Ersatz des Krankengeldes zu. Damit die Berufsgenossenschaft von dem Rechte der Übernahme möglichst oft Gebrauch mache, da die Übernahme dem Versicherten zugute kommt, ist im heutigen Recht auch der Ersatz der Krankenpflegeleistungen anerkannt. Es ist dabei ebenso wie bei dem Ersatz durch die Berufsgenossenschaft ein Pauschbetrag von $^3/_8$ des Grundlohns, nach welchem sich das Krankengeld des Berechtigten bestimmt, als Ersatz festgelegt (§ 1513 Abs. 2 Satz 2).[2])

Was den Fall der Übertragung der berufsgenossenschaftlichen Pflichten auf die Krankenkasse anlangt, so soll ebenso wie der Berechtigte[3]) auch die Krankenkasse durch die Übertragung keinen Schaden erleiden. Besonders ist hierbei zu beachten, daß die Krankenkasse ja nicht aus eigener Pflicht, sondern als Bevollmächtigte der Berufsgenossenschaft handelt. Es ist ihr zwar der Einfachheit halber zunächst nur ein Ersatzanspruch in Höhe der gewöhnlichen Pauschbeträge (§ 1503) zugesprochen. Sobald sie aber den Nachweis eines höheren Schadens erbringt, hat sie auch einen

---

[1]) § 75c Abs. 1 Satz 2 KrankVG. v. 18. 6. 1883.

[2]) Ber. der RTKomm. V S. 9—14.

[3]) § 11 d. Abh.

diesem Schaden entsprechenden Ersatzanspruch[1]) (§ 1514 Abs. 2 Satz 2). Hierbei bedarf es nicht unter allen Umständen der Beibringung von rechtmäßigen Belegen, es kann die Abrechnung vielmehr unter Gewährung angemessenen Vertrauens erfolgen.[2])[3])

[1]) Begr. S. 459.

[2]) A. N. 1893 S. 1583 Z. 1210; Handb. der UnfVers. S. 280.

[3]) In der Seeunfallversicherung werden die Pauschbeträge nach dem Jahresarbeitsverdienst bemessen (§ 1514 Abs. 2 Satz 3, § 1106 Abs. 2).

Fünftes Kapitel.

Das Verfahren bei der Feststellung der Ersatzansprüche und der Leistungspflicht der Versicherungsträger.

§ 17.

Das Verfahren unter den Versicherungsträgern.

Der Besprechung des Verfahrens schicken wir eine kurze Erörterung der zeitlichen Geltendmachung des Ersatzanspruchs voraus.

Der Ersatzanspruch der Krankenkasse aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft, aus der Unfallrente und aus dem Sterbegeld der Berufsgenossenschaft ist innerhalb dreier Monate nach Beendigung der Kassenleistungen bei der Berufsgenossenschaft geltend zu machen (§ 1508 Abs. 1). Die Kassenleistungen sind beendigt, sobald die einzelnen Leistungen tatsächlich gewährt sind, also hinsichtlich des Kranken- und Hausgelds die Termine, an denen diese Gelder zu zahlen sind, verstrichen sind.[1]) Auf das Ende der für die Gewährung der Krankenpflege bestimmten 26wöchigen Frist (§ 183), die mit dem Beginn der Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit ihren Anfang nimmt, kommt es nicht an. Es ist vielmehr anzunehmen, daß der Ersatzanspruch auch nach Beendigung der Leistungen, die nach dem Ablauf der 26wöchigen Frist gewährt werden, geltend gemacht werden kann. Natürlich ist dabei vorauszusetzen, daß die verspätete Gewährung der Krankenkassenleistungen aus einem nach der Verkehrssitte gerechtfertigten Grunde erfolgt. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der Berechtigte die Krankenkasse erst nach Ablauf von 6 Monaten nach dem Unfall in Anspruch nimmt, weil Zweifel über die Zuständigkeit der Kassen herrschte.[2]) Läßt der Ersatzberechtigte die

[1]) Düttmann § 1508 Anm. 4; Hanow § 1508 Anm. 5.

[2]) E. d. PrOVG. (ArbVers. 1911 S. 17).

Dreimonatsfrist verstreichen, so ist grundsätzlich der Ersatzanspruch ausgeschlossen. Nur in einem Falle ist die Geltendmachung des Anspruchs auch für eine spätere Zeit zugelassen, nämlich dann, wenn die Krankenkasse ohne ihr Verschulden erst nach Ablauf der Dreimonatsfrist Kenntnis davon erhalten hat, daß die Voraussetzungen für einen Ersatzanspruch vorliegen (§ 1508 Abs. 2). In diesem Falle kann der Ersatzanspruch noch innerhalb einer Woche nach dem Tage der erlangten Kenntnis geltend gemacht werden. Ein derartiges Verschulden trifft die Krankenkasse dann nicht, wenn sie trotz der Ermittlungen, die sie über die Voraussetzungen des Ersatzanspruchs angestellt hat, erst nach Ablauf der Dreimonatsfrist einwandfrei feststellt, daß z. B. die Voraussetzung der Einheit des Leistungsgrundes besteht, oder wenn sie von dem Unfallverletzten falsch über die Zeit der Entstehung des Ersatzanspruchs unterrichtet ist.[1] [2])

Hat die Krankenkasse den Ersatzanspruch bei der Berufsgenossenschaft geltend gemacht, so handelt es sich nunmehr um die Feststellung dieses Anspruchs. Die Feststellung des Ersatzanspruchs, d. h. die Feststellung dieses Anspruchs an sich und die Berechnung des Ersatzes aus dem Vermögen, dem Sterbegeld der Berufsgenossenschaft und der Unfallrente findet unter Mitwirkung sämtlicher Beteiligter (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Rentenberechtigter) statt.[3]) Daß sich das Verfahren derart gestaltet, ist mangels einer entgegenstehenden gesetzlichen Bestimmung anzunehmen.

Die Berechnung des Ersatzes setzt, insbesondere was den Ersatz aus der Rente und dem Sterbegeld[4]) anlangt, die Fest-

---

[1]) Düttmann § 1508 Anm. 7.

[2]) Bei einer Mehrheit von Ersatzberechtigten gewährt die frühere Geltendmachung kein Vorrecht vor einem Ersatzanspruche, der später geltend gemacht wird. Vielmehr sind Ansprüche, die zu verschiedenen Zeiten geltend gemacht sind, sofern sie sachlich gleichberechtigt sind, stets nach Verhältnis der einzelnen Leistungen zu berücksichtigen (Begr. S. 454).

[3]) Laß § 1503 Anm. 1.

[4]) Es ist gleichgültig, ob eine dritte Person oder die Krankenkasse selbst das Begräbnis besorgt (§ 203). In beiden Fällen sind die Kosten hierfür in der nach § 586 Ziff. 1 bestimmten Höhe im Feststellungsverfahren der Berufsgenossenschaft zu berechnen und von dieser zu ersetzen (Begr. S. 452; A. N. 1886 S. 275 Z. 233).

stellung der berufsgenossenschaftlichen Leistungspflicht voraus. Diese Feststellung ist zunächst Sache der Berufsgenossenschaft. Sie hat das die Feststellung der Leistungspflicht betreffende Verfahren, das zwischen ihr und dem Rentenberechtigten als den Parteien des Verfahrens anhängig zu machen ist, zu leiten und die hierauf ergehende Entscheidung, den Feststellungsbescheid, zu erlassen (§§ 1568 ff.).

Es liegt die Frage nahe, ob nicht auch der Krankenkasse eine Beteiligung an diesem Verfahren gestattet sei, da ja für sie das Bestehen der berufsgenossenschaftlichen Pflicht zur Leistung, aus der zum Teil der Ersatz genommen werden soll, von wesentlicher Bedeutung ist. Das frühere Recht hatte in dieser Beziehung eine gesetzliche Bestimmung nicht getroffen. Man war darauf angewiesen, die Vorschriften der Zivilprozeßordnung über die Beteiligung Dritter am Rechtsstreit sinngemäß anzuwenden (§§ 64 ff. ZPO.). Denn der Krankenkasse war ein Mitwirken an der Feststellung der Unfallentschädigung nur dann gestattet, wenn das Feststellungsverfahren zwischen den Parteien anhängig gemacht war; ein Recht zur selbständigen Betreibung des Rentenfeststellungsverfahrens hätte im Gesetz ausdrücklich bemerkt werden müssen. Sonach wurde mit Rücksicht auf das rechtliche Interesse der Krankenkasse an diesem Verfahren und die Wirksamkeit der Rechtskraft der in diesem Verfahren erlassenen Entscheidung auf das Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft der Krankenkasse die rechtliche Stellung eines streitgenössischen Nebenintervenienten eingeräumt, indem die Krankenkasse als Streitgenosse des Rentenberechtigten gegenüber der Berufsgenossenschaft angesehen wurde (§ 69 ZPO.). Diese Streitgenossenschaft hatte die Wirkungen einer notwendigen Streitgenossenschaft, da beiden Streitgenossen — Krankenkasse und Rentenberechtigter — gegenüber die Entschädigung nur einheitlich festgestellt werden konnte (§ 62 ZPO.). War der Krankenkasse die rechtliche Stellung eines Nebenintervenienten beigelegt, so war sie auch gemäß § 66

Hat die Krankenkasse das Begräbnis selbst besorgt, so finden die Vorschriften der §§ 1509 u. 1515 Abs. 2 natürlich auch Anwendung (s. Düttmann § 1502 Anm. 6).

Abs. 2 ZPO. zum Beitritt durch Einlegung eines Rechtsmittels berechtigt.[1])

Das heutige Recht hat in dem Bestreben, der Krankenkasse recht schnell zu dem Ersatz aus der Rente zu verhelfen, ihre rechtliche Stellung bei Feststellung der Unfallentschädigung unabhängig von dem Verhalten der Berufsgenossenschaft und des Rentenberechtigten gestaltet. Es ist ihr daher das Recht zur selbständigen Betreibung des Rentenfeststellungsverfahrens und zur selbständigen Einlegung von Rechtsmitteln (Einspruch gegen den Feststellungsbescheid des Versicherungsträgers, Berufung gegen den Endbescheid des Versicherungsträgers, Revision gegen das Urteil der Spruchkammer) zugesprochen. Auch an die Fristen, die der Rentenberechtigte im Feststellungsverfahren einzuhalten hat, soll die Krankenkasse nicht gebunden sein (§ 1509 Satz 1). Sofern diese Fristen ohne ihr Verschulden verstrichen sind, ist sie des innerhalb dieser Frist von dem Rentenberechtigten wahrzunehmenden Rechtes nicht verlustig gegangen (§ 1509 Satz 2 Halbsatz 1). Als Fristen, auf die diese Bestimmung Anwendung findet, kommen in Betracht die Rechtsmittelfristen und die Ausschlußfrist des § 1546, innerhalb der (spätestens 2 Jahre nach dem Unfall) der Anspruch auf Unfallentschädigung, die nicht von Amts wegen festgestellt ist, zur Vermeidung des Ausschlusses bei dem Versicherungsamt anzumelden ist.[2]) Der Lauf dieser Fristen wird sonach erst dann für die Krankenkasse wirksam, wenn sie von dem Erlasse des anzufechtenden Urteils oder Bescheides Kenntnis erlangt. Die erwähnte Bestimmung gilt nicht für Verfahrensfristen, soweit die Krankenkasse das Verfahren selbst betreibt (§ 1509 Satz 2 Halbsatz 2). In diesem Falle fällt der Lauf von Verfahrensfristen gegenüber dem Rentenberechtigten und der Krankenkasse zusammen. Der Krankenkasse ist dann ebenso wie dem Rentenberechtigten zur Abwendung der Folgen der Versäumung einer Verfahrensfrist nur das Recht auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegeben (§ 131). Natürlich bleibt es der Krankenkasse unbenommen,

---

[1]) A. N. 1905 S. 455 RekE. 2109, 1907 S. 468 RevE. 1314; Handb. d. UnfVers. Bd. 1 S. 337; Begr. S. 455.

[2]) Hanow § 1509 Anm. 6.

das Rentenfeststellungsverfahren nicht selbst zu betreiben, aber ihren Beitritt zu diesem Verfahren zu erklären. Die Krankenkasse hat dann ebenso wie im früheren Recht die Stellung eines Streitgenossen im Sinne des § 62 ZPO.[1]) Als bemerkenswert im Falle des Beitritts möchte hervorgehoben werden, daß die nach dem Beitritt zwischen Krankenkasse und Rentenberechtigten vorgenommenen Rechtshandlungen, wie Vergleich und Verzicht, der Krankenkasse gegenüber unwirksam sind. Was die Gewährung von Leistungen durch die Berufsgenossenschaft an den Rentenberechtigten anlangt, so kommt es hier auf den guten Glauben an, d. h. die Berufsgenossenschaft ist von ihrer Verpflichtung gegenüber der Krankenkasse und dem Rentenberechtigten befreit, wenn sie bei der Zahlung an letzteren von dem Ersatzanspruch keine Kenntnis hat.[2])

Einer besonderen Erörterung bedarf noch das Verfahren, das bei der Feststellung der Leistungspflicht der Versicherungsträger in den Fällen der §§ 1513 u. 1514 und bei der Geltendmachung der in diesen Fällen den Versicherungsträgern zustehenden Ersatzansprüche zu beobachten ist.

Was die Feststellung der von der Berufsgenossenschaft durch die Krankenkasse an den Berechtigten zu gewährenden Leistungen anlangt (Fall des § 1514), so kann es, da die Krankenkasse leistet, aber die Leistungen der Berufsgenossenschaft gewährt, auf den ersten Blick zweifelhaft erscheinen, ob das Feststellungsverfahren der Krankenkasse (§ 1551) oder das der Berufsgenossenschaft (§§ 1552 ff.) zu befolgen ist. Mit Rücksicht darauf, daß die Berufsgenossenschaft auch im Falle der Übertragung dem Berechtigten gegenüber verpflichtet bleibt und sie daher der Versicherungsträger ist, an den sich der Berechtigte wegen seiner Ansprüche zu halten hat, ist anzunehmen, daß das Feststellungsverfahren der Berufsgenossenschaft Anwendung findet.[3]) Die Entscheidung dieser Frage ist für den Berechtigten sehr wesentlich, da das Feststellungsverfahren der Krankenkasse besonders hinsichtlich der Einlegung

[1]) A. N. 1905 S. 455 RekE. 2109, 1907 S. 468 RevE. 1314, 1894 S. 160 RevE. 390, 1904 S. 481 RevE. 1139, 1911 S. 390 RekE. 2460.

[2]) Hanow § 1509 Anm. 4; A. N. 1901 S. 440 E. 918, S. 484 E. 1141.

[3]) Begr. S. 459/60.

des Rechtsmittels der Revision von dem Feststellungsverfahren der Berufsgenossenschaft abweicht. Im Feststellungsverfahren der Krankenkasse ist nämlich die Revision in beschränkterem Umfange zugelassen als der Rekurs, der im Feststellungsverfahren der Unfallversicherung der Revision entspricht (§§ 1694 ff.).[1])

In diesem Verfahren hat die Krankenkasse die oben erörterten Befugnisse des § 1509; ihr kann ein rechtliches Interesse an der Feststellung der Unfallentschädigung deshalb nicht abgesprochen werden, weil sie die Leistungen, die sie gemäß der Vorschrift des § 1514 Abs. 3 zu gewähren hat, nach der Höhe des Ersatzanspruchs des § 1501, dem die Rentenfeststellung zugrunde liegt, zu bemessen hat.

Die nach der Rentenfeststellung vorzunehmende Berechnung des Ersatzanspruchs fällt auch hier beiden Versicherungsträgern und dem Rentenberechtigten zu.

Etwas anders gestaltet sich das Verfahren bei der Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft. Wie bei der Erörterung des Ersatzes in diesem Falle bemerkt wurde, hat die Krankenkasse der Berufsgenossenschaft die gesetzlichen oder satzungsgemäßen Krankenkassenleistungen zu ersetzen. Es handelt sich daher auch hier zunächst um die Feststellung dieser Leistungen. Diese hat kraft ausdrücklicher Gesetzvorschrift im Feststellungsverfahren der Krankenkasse zu erfolgen (§ 1551 Abs. 3).[2]) Wie durch die Übernahme die Berufsgenossenschaft sich materiellrechtlich zur Gewährung der Krankenkassenleistungen verpflichtet, so soll sie auch bei der formellen Feststellung dieser Leistungen dem Verfahren der Krankenkasse unterworfen sein. Die Krankenkasse hat demnach zunächst die Leistungen, die sie zu gewähren hat, festzustellen und sodann mit der Berufsgenossenschaft den Ersatzanspruch zu berechnen. In dem Feststellungsverfahren ist der Berufsgenossenschaft eine besondere durch das Gesetz geregelte rechtliche Stellung, wie sie die Krankenkasse gemäß § 1509 in den Fällen der Rentenfeststellung hat, nicht eingeräumt. Zur Wahrnehmung ihrer Rechte ist sie ebenso wie der Rentenberechtigte auf das Spruchverfahren angewiesen (§§ 1636 ff.).

[1]) Begr. S. 482.
[2]) Begr. S. 459.

Die Ersatzansprüche der §§ 1513 u. 1514 unterliegen der Verjährungsfrist des § 29 Abs. 3. Nach dieser Vorschrift verjähren die Ansprüche auf Leistungen der Versicherungsträger innerhalb von 4 Jahren nach der Fälligkeit. Die Vorschrift des § 1508 findet keine Anwendung, da die in ihr geregelte Verjährungsfrist ausdrücklich auf den Ersatzanspruch im Falle der Krankenkassenleistung (§ 1501) bezogen ist.[1])

§-18.

Das Verfahren vor den Versicherungsbehörden.

Bei dem bisher besprochenen Verfahren setzten wir stillschweigend voraus, daß die hierbei Beteiligten zu einer Einigung gelangen. Ganz anders gestaltet sich das Verfahren dann, wenn die Beteiligten in Streit geraten.

Im früheren Recht war die Entscheidung von Streitigkeiten, die sich aus den Beziehungen zwischen den Versicherungsträgern ergaben, außer den Versicherungsbehörden, den Verwaltungsgerichten, den Verwaltungsbehörden, den Behörden der Reichsversicherung und teilweise auch den ordentlichen Gerichten zugewiesen. Da es außerdem an einer scharfen Abgrenzung zwischen der Zuständigkeit der einzelnen Behörden mangelte, war die Handhabung der versicherungsrechtlichen Bestimmungen recht erschwert; auch fehlte es an der erforderlichen Einheitlichkeit der Rechtsprechung.[2])

Diese Mängel bestehen heute zum größten Teil[3]) nicht mehr; denn das Verfahren im Streitfall findet nur noch vor den Versicherungsbehörden und in vereinzelten Fällen vor den ordentlichen Gerichten statt.

Nach der Reichsversicherungsordnung wird unterschieden zwischen den Streitigkeiten, die sich aus der Übertragung der Leistungen gemäß § 1514 zwischen der Krankenkasse und der Berufs-

---

[1]) Hanow § 29 Anm. 11 a.

[2]) Begr. S. 459, 460; KommBer. V S. 15—17.

[3]) Hinsichtlich der Zuständigkeit der Versicherungsbehörden und ordentlichen Gerichte s. unten.

genossenschaft ergeben, abgesehen von dem Ersatzanspruch des § 1514 Abs. 2, und den Streitigkeiten über die Ersatzansprüche (§ 1515).

Der erste Fall ist beispielsweise gegeben, wenn die Krankenkasse sich weigert, die Pflichten der Berufsgenossenschaft zu übernehmen oder den von der Berufsgenossenschaft gegebenen Anweisungen nachzukommen.[1]) Die Entscheidung hierüber ist endgültig dem Versicherungsamt zugewiesen, im Gegensatz zu dem früheren Recht, nach welchem die Aufsichtsbehörde, gegebenenfalls die ordentlichen Gerichte oder die Verwaltungsgerichte zuständig waren (§ 14 GewUVG. v. 30. 6. 1900). Das heutige Recht will das Interesse des Versicherten, dem an einer baldigen Unterstützung liegt, durch eine schnelle, endgültige Entscheidung wahren.[2]) [3])

Welches Verfahren ist aber dann einzuschlagen, wenn Streit über die Ersatzansprüche entsteht? Auch bei der Beantwortung dieser Frage wollen wir kurz das bisherige Recht betrachten und uns zunächst noch einmal vergegenwärtigen, daß in der Literatur des früheren Rechts überwiegend die Ansicht vertreten war, daß trotz des entgegenstehenden Wortlauts des Gesetzes (§ 25 Abs. 2 GewUVG. v. 30. 6. 1900) der Ersatz für die Krankenpflegeleistungen ebenso wie heute aus dem Vermögen der Berufsgenossenschaft zu nehmen sei; nur die übrigen Leistungen[4]) seien aus der Rente zu ersetzen. Die Verpflichtung der Versicherungsträger zur Gewährung der Krankenpflegeleistungen hatte man rechtlich als eine gesamtschuldnerische Verpflichtung aufgefaßt: Die Krankenkasse sollte, wenn sie geleistet hatte, von der Berufsgenossenschaft gemäß §§ 812, 813, 421, 426 BGB. Ersatz verlangen können. Mit Rücksicht darauf, daß hiernach der rechtliche Charakter des Ersatzanspruchs wegen der Krankenpflegeleistungen aus bürgerlichem Recht abzuleiten sei, nahm man an, daß zur Entscheidung über diesen Ersatzanspruch im Streitfalle die ordentlichen Gerichte zu-

---

[1]) Manes zu § 1515.

[2]) Das Verfahren gilt auch für Streitigkeiten, bei denen knappschaftliche Krankenkassen oder Ersatzkassen beteiligt sind (§ 1516).

[3]) Begr. S. 460.

[4]) Abgesehen vom Sterbegeld s. § 20 Abs. 5 KrankVG.

ständig seien.[1]) Demgegenüber waren die Streitigkeiten, die sich bei der Geltendmachung des Ersatzanspruchs für die aus der Unfallrente zu ersetzenden Leistungen ergaben, kraft Gesetzesvorschrift (§ 26 Abs. 2 GewUVG.) im Verwaltungsstreitverfahren auszutragen; wo ein solches nicht bestand, war die dem Ersatzberechtigten vorgesetzte Aufsichtsbehörde zuständig, und gegen die Entscheidung dieser Behörde war der Rekurs gemäß §§ 20, 21 GewO. zugelassen. Schwierigkeiten bereitete ferner die Frage, wer zur Entscheidung über Streitigkeiten aus dem Ersatzanspruch wegen des Sterbegelds berufen sei. Denn die Vorschrift des § 26 Abs. 2 bezog sich nur auf solche Streitigkeiten, die aus den Bestimmungen des § 25 Abs. 2—5 zwischen den Beteiligten über den Anspruch auf Ersatz aus Renten entstanden, und demnach nicht auf Streitigkeiten, die sich wegen des Ersatzanspruchs für das Sterbegeld, das aus dem Sterbegeld der Berufsgenossenschaft zu ersetzen war, ergaben. Das Reichsversicherungsamt nahm an, daß auch hierüber die Instanzen der Unfallversicherung durch förmlichen Bescheid zu entscheiden hätten, da gemäß § 15 Abs. 1 Ziff. 13 GewUVG. v. 30. 6. 1900 nicht bestimmt sei, daß die Berufsgenossenschaft den Hinterbliebenen ein Sterbegeld zu zahlen habe, sondern im allgemeinen vorgeschrieben sei, daß das Sterbegeld von einem gewissen Betrage zu gewähren sei.[2])

Das heutige Recht schreibt für sämtliche Fälle, in denen sich Streitigkeiten über einen Ersatzanspruch aus den §§ 1501, 1513, 1514 ergeben, im Interesse der Einheitlichkeit das Feststellungsspruchverfahren vor[3]) (§ 1515 Abs. 2). Gegenstand eines solchen Streits wird meist die Berechnung des Ersatzanspruchs sein. Das Spruchverfahren findet aber auch dann Anwendung, wenn es sich nur noch um Zeit, Ort und Art der Erfüllung handelt.[4])

In einigen die Beziehungen zwischen den Versicherungs-

---

[1]) A. N. 1906 S. 415 RekE. v. 26. 1. 1906; E. d. PrOVG. v. 7. 7. 1906 Bd. 49 S. 343.

[2]) Verfügung des RVA. v. 4. 7. 1903 Bd. 1 S. 12025 und v. 14. 3. 1904 Bd. 1 S. 5047; Beschluß 233 (A. N. 1886 S. 275).

[3]) Das Verfahren gilt auch für Streitigkeiten, bei denen knappschaftliche Krankenkassen oder Ersatzkassen beteiligt sind (§ 1516).

[4]) E. d. PrOVG. v. 1. 4. 1901 (ArbVers. 1901 S. 529).

trägern betreffenden Streitfällen ist es zweifelhaft, ob die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden oder die der ordentlichen Gerichte gegeben ist. Grundsätzlich kommt es darauf an, ob die Entscheidung sich im wesentlichen auf die Bestimmungen des öffentlichen Versicherungsrechts oder die des bürgerlichen Rechts gründen wird. Im ersteren Falle ist im Spruchverfahren, im letzteren im ordentlichen Rechtsstreit zu entscheiden. Nicht kann die Begründung, auf die sich die Klage aufbaut, oder der Umstand allein ausschlaggebend sein, daß der Ersatz unmittelbar aus den Leistungen der Versicherung gefordert wird. Es ist sonach die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden begründet, wenn der Versicherte nach Erledigung des Spruchverfahrens auf Grund der Behauptung, die Krankenkasse habe von der Berufsgenossenschaft zu viel erhalten, gegen die Krankenkasse den Herausgabeanspruch geltend macht.[1]) Auch in den Fällen, in denen die Berufsgenossenschaft von der Krankenkasse die Rückgabe des Geleisteten verlangt mit der Begründung, sie habe ohne Rechtsgrund geleistet,[2]) oder zwischen der Krankenkasse und dem Unfallverletzten, an den die Berufsgenossenschaft ohne Kenntnis des Ersatzanspruchs geleistet hat, Streit über die Herausgabe des Geleisteten besteht, werden die Versicherungsbehörden zuständig sein. Denn wenn auch in beiden Fällen die Herausgabe sich auf eine ungerechtfertigte Bereicherung der Krankenkasse bezw. des Unfallverletzten stützen läßt, so wird doch in erster Linie die Entscheidung davon abhängen, ob ein durch das Versicherungsrecht begründeter Ersatzanspruch besteht oder nicht. Dagegen ist im ordentlichen Rechtsstreit darüber zu entscheiden, ob ein Ersatzberechtigter, der sich verspätet gemeldet hat, von einem anderen Ersatzberechtigten, der infolgedessen einen zu hohen Betrag ersetzt erhalten hat, auf Grund der Vorschriften des bürgerlichen Rechts die Herausgabe eines Teils des Empfangenen erhalten kann.[3]) Denn hier wird lediglich der Zeitpunkt der Leistungen und die Ausgleichung zwischen den Ersatzberechtigten zu erörtern sein; das Spruchverfahren findet jedoch

[1]) RGZ. Bd. 25 S. 302, Bd. 67 S. 401, Bd. 70 S. 395.

[2]) And. A. PrOVG. v. 7. 7. 1900 (ArbVers. 1900 S. 618), v. 23. 1. 1902 (ArbVers. 1902 S. 411).

[3]) Begr. S. 454.

Anwendung, wenn, ohne daß die Berufsgenossenschaft schon geleistet hat, Streitigkeiten mehrerer Ersatzberechtigter untereinander über Abgrenzung ihrer Ansprüche in bezug auf den Umfang der Ersatzansprüche oder die Höhe des Zugriffs bestehen.[1])

Das Feststellungsspruchverfahren ist in den §§ 1636 ff. geregelt; für die Verhandlung und Entscheidung über Streitigkeiten, die sich aus den Ersatzansprüchen ergeben, sind in einem besonderen Abschnitt einige von dem allgemeinen Verfahren abweichende Vorschriften aufgestellt (§§ 1771—1779). Hiernach findet beim Streit über Ersatzansprüche mit Rücksicht darauf, daß es sich um Streitigkeiten zwischen öffentlichrechtlichen Korporationen handelt, in erster Instanz das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamte statt. Es macht keinen Unterschied, ob über den Hauptanspruch, der dem Ersatzanspruch zugrunde liegt, im Streitfalle in erster Instanz vor dem Versicherungsamt (§ 1636) entschieden wird — dies trifft für das Feststellungsverfahren der Krankenkasse zu, das bei der Feststellung der Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft im Falle des § 1513 Anwendung findet — oder ob der Versicherungsträger selbst in erster Instanz über den Hauptanspruch entscheidet (Fall des § 1501 und des § 1514). Die zweite Instanz (Berufungsinstanz) ist das Oberversicherungsamt, die dritte Instanz das Reichsversicherungsamt; in dieser Instanz wird, soweit Ersatzansprüche in Frage kommen, nur über das Rechtsmittel der Revision verhandelt und entschieden; der in dem allgemeinen Verfahren zugelassene Rekurs findet hier nicht statt. Berufung und Revision bewirken den Aufschub, da ein Bedürfnis zur sofortigen Vollstreckung, wie es im allgemeinen Verfahren mit Rücksicht auf den Versicherten vorliegt, beim Streit über Ersatzansprüche nicht gegeben ist.[2]) Gegen Vorentscheidungen, die von dem Vorsitzenden gemäß §§ 1657 und 1679 erlassen werden, ist nicht der Antrag auf mündliche Verhandlung, sondern nur das Rechtsmittel zugelassen; bei einem Streit zwischen öffentlichrechtlichen Korporationen erscheint die Verhandlung vor dem Spruchausschuß, dem auch nichtbeamtete Mitglieder angehören, überflüssig zu sein.[3]) Als Beteiligte des

[1]) Begr. S. 460.

[2]) Begr. S. 507.

[3]) § 1728a (KommBeschl., Ber. d. RTKomm. VI S. 207).

Spruchverfahrens kommen in Betracht die Krankenkasse, die Berufsgenossenschaft und der Rentenberechtigte und, wenn mehrere Ersatzberechtigte vorhanden sind, diese. In der Regel wird die Verhandlung unter Mitwirkung der genannten Beteiligten vor sich gehen. Der Rentenberechtigte braucht dagegen nicht zu dem Verfahren zugezogen zu werden, wenn er durch eine konkludente Handlung zum Ausdruck gebracht hat, daß er mit der Verwirklichung des Ersatzanspruchs einverstanden ist, ebenso bedarf es der Teilnahme der Berufsgenossenschaft bezw. der Krankenkasse an diesem Verfahren nicht, wenn sie schriftlich erklärt hat, daß sie sich der zwischen den Rentenberechtigten und dem anderen Versicherungsträger ergehenden Entscheidung unterwerfe.[1])

Die Berufsgenossenschaft wird gut daran tun, den streitigen Betrag während des Streits zwischen der Krankenkasse und dem Berechtigten zu hinterlegen. Denn sie hat, wie oben erwähnt, die Auszahlung an den Berechtigten bei Kenntnis von dem Bestehen des Ersatzanspruchs der Krankenkasse gegenüber zu verantworten.[2])

Von dem Verfahren, das bei dem Streit zwischen den Versicherungsträgern über die Ersatzansprüche zu beobachten ist, ist das Verfahren zu unterscheiden, das bei einem Streit der Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht eingeschlagen wird (§§ 1735—1738).[3]) Es handelt sich hier darum, daß die Berufsgenossenschaft nicht sich, sondern die Krankenkasse wegen eines entschädigungspflichtigen Unfalles für leistungspflichtig hält. In diesem Falle hat sie dem Berechtigten eine vorläufige Fürsorge zuzuwenden. Zugleich hat sie der Krankenkasse die Verhandlungen mitzuteilen und sie zur Anerkennung der Entschädigungspflicht aufzufordern. Lehnt die Krankenkasse die Entschädigungspflicht ab oder erklärt sie sich nicht binnen 6 Wochen, so ist die Sache dem Reichsversicherungsamt vorzulegen, das dann im Spruchverfahren zu entscheiden hat. Im Falle der Anerkennung oder der Verurteilung der Krankenkasse hat diese der Berufsgenossenschaft alle Aufwendungen, die jene infolge der vorläufigen Für-

[1]) A. N. 1903 S. 593 RekE. v. 22. 9. 1903; E. d. PrOVG. v. 22. 1. 1903 Bd. 42 S. 352; E. d. SächsOVG. v. 1. 3. 1905 (ArbVers. 1905 S. 338).

[2]) Handb. der UnfVers. S. 333.

[3]) Düttmann zu § 1735.

sorge für den Berechtigten gemacht hat, zu ersetzen. Durch diese der Berufsgenossenschaft gemäß § 1735 auferlegte Verpflichtung soll dem Berechtigten noch ein besonderer Schutz davor gewährt werden, daß er infolge der Nichtleistung durch die Berufsgenossenschaft der Unterstützung entbehrt. Kommt die Berufsgenossenschaft auch dieser Verpflichtung zur vorläufigen Fürsorge nicht nach, dann ist der Berechtigte auf die Hilfe der Krankenkasse angewiesen, die, wie wir gesehen haben, gemäß der grundsätzlichen Vorschrift des des § 1501 Abs. 1 neben der Berufsgenossenschaft zur Leistung verpflichtet ist.

Wir stehen am Ende dieser Betrachtung. Das heutige Gesetz ist an Stelle eines Gesetzes getreten, das mangelhaft und veraltet war. Es ist oft die Frage aufgeworfen worden, welches der Grund dieser Unvollkommenheit sei, ob er in einer ungenügenden Durcharbeitung der zu regelnden Materie, in einer mangelhaften Fassung der in Betracht kommenden Bestimmungen oder in der Schwierigkeit der Materie an sich läge.[1]) Bevor wir einen Stein auf das alte Gesetz werfen, wollen wir uns vergegenwärtigen, daß im Vergleich mit dem in anderen deutschen Kodifikationen enthaltenen Recht das öffentliche Versicherungsrecht noch verhältnismäßig jung ist; erst nach Erlaß der kaiserlichen Botschaft v. 17. 11. 1881 ging man daran, die das Arbeiterversicherungsrecht enthaltenden Gesetze auszuarbeiten. So fehlte es bei der Kodifizierung des früheren Rechts noch an der in reicher Praxis gewonnenen Erfahrung, aus der heraus ein Gesetz geschaffen werden konnte, das wie das heutige in vollkommener Weise die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zueinander regelt. Berücksichtigt man dies, so erscheinen die Bestimmungen des Gesetzes v. 30. 6. 1900 in einem anderen Lichte: auch bei der Schaffung dieses Gesetzes ist man bestrebt gewesen, dem durch Krankheit und Unfall in Not geratenen Arbeiter die Wege zu einem menschenwürdigen Dasein zu ebnen.

---

[1]) Esters S. 3; Böttger in ArbVers. Bd. 22 S. 261.

Robert Noske, Borna-Leipzig, Großbetrieb für Dissertationsdruck.